



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σε Ιατρείο
Προληπτικής Ιατρικής Ενηλίκων

Στεργιούλα Ζωή
Επισκέπτρια Υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Χατζόγλου Χρυσή, Αν. Καθηγήτρια Φυσιολογίας

Γουργουλιάννης Κών/νος, Καθηγητής Πνευμονολογίας

Ζαρογιάννης Σωτήριος, Λέκτορας Φυσιολογίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Characteristics of the participants in Health Centre of
Preventive Medicine for adults**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ.....	9
3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	12
4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	14
5. ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....	15
6. ΚΑΘΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	19
- Νοσηρές καταστάσεις ως παράγοντες κινδύνου.....	20
8. ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ.....	27
- Στάδια για την επιλογή και εφαρμογή μέτρων πρόληψης.....	28
- Η σημασία της πρόληψης.....	29
10. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ	
- Κάπνισμα	31
- Αλκοόλ.....	32
- Διατροφικές συνήθειες – Μεταβολικό Σύνδρομο.....	32
11. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ	
- Πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	34
- Πρόληψη παχυσαρκίας και σακχαρώδους διαβήτη.....	34
12. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	35
13. ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.....	37
- Ακρίβης τρόπος λειτουργίας του ιατρείου.....	38

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

14. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	39
15. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	39
16. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ.....	40
17. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ	
- Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής.....	41
- Συμπεριφορικοί παράγοντες του πληθυσμού.....	42
- Παχυσαρκία.....	43
- Οικογενειακό ιστορικό.....	44
- Συχνότερες ασθένειες στον πληθυσμό του δείγματος.....	45
18. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ - ΕΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ	
- Επίδραση συμπεριφορικών παραγόντων στην αύξηση της χοληστερίνης.....	47
- Επίδραση συμπεριφορικών παραγόντων στην αύξηση τριγλυκεριδίων.....	48
- Επίδραση συμπεριφορικών παραγόντων στην αρτηριακή υπέρταση.....	49
- Συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και εμφάνισης ασθενειών.....	50
19. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
20. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	55
21. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του προφίλ του πληθυσμού που προσήλθε στο Ιατρείο Προληπτικής Ιατρικής Ενηλίκων, όσον αφορά στις συχνότερες ασθένειες που παρουσίασε καθώς και πως αυτές επηρεάζονται από συμπεριφορικούς παράγοντες όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία κ.α.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτέλεσαν 1653 άτομα, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας από 40-55 ετών οι οποίοι προσήλθαν στο Ιατρείο Προληπτικής Ιατρικής Ενηλίκων σε Μονάδα Υγείας ΠΕΔΥ στη Θεσσαλονίκη την περίοδο 9/2009 έως 10/2013. Η σύσταση του δείγματος περιελάμβανε άτομα ελληνικής καταγωγής αλλά και αλλοδαπούς που ζουν στον Νομό Θεσσαλονίκης. Χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε με την μορφή συνέντευξης. Ερωτήθηκαν για την ηλικία τους, τη καταγωγή τους, το μορφωτικό τους επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση και την κατάσταση της υγείας των γονιών τους όσον αφορά χρόνιες ασθένειες. Επίσης, τέθηκαν ερωτήσεις για την ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρου από τους ίδιους. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ατόμων που λάβανε μέρος στο Ιατρείο ήταν γυναίκες σε ποσοστό 68,2%, ενώ οι άνδρες αποτελούσαν το 31,8%. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν ελληνικής καταγωγής και έγγαμοι, ενώ ακολούθησαν οι διεζευγμένοι και μετά οι άγαμοι. Οι άνδρες καταναλώνουν περισσότερα τσιγάρα και αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες και το ίδιο ισχύει και με τα ποσοστά παχυσαρκίας όπου στους άνδρες είναι υψηλότερα. Οι συχνότερες ασθένειες που παρουσιάστηκαν είναι η υπερχολιστερολαιμία, η υπερλιπιδαιμία, η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ).

Συμπεράσματα: Οι συχνότερες ασθένειες που παρουσίασε ο πληθυσμός της μελέτης οφείλονται κατά κύριο λόγο στις «νόσους του πολιτισμού», όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο ΣΔ, η υπερλιπιδαιμία και η παχυσαρκία. Κύριο χαρακτηριστικό των νόσων αυτών είναι ότι πρόκειται για καταστάσεις που σχετίζονται αιτιολογικά με παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αντιμετωπιστούν και να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό. Γι' αυτό λοιπόν η άσκηση σωστής πρόληψης, με διαγνωστικούς ελέγχους που γίνονται προγραμματισμένα, είναι απαραίτητη και μπορεί να μειώσει την εμφάνιση των νόσων αυτών σε μεγάλο βαθμό.

Λέξεις – Κλειδιά: Προληπτικός έλεγχος, πρόληψη, προληπτική ιατρική, πολυφασικός προσυμπτωματικός έλεγχος

ABSTRACT

Background: The purpose of the present survey is to look into the profile of the people who have visited Health Center of Preventive Medicine for adults in relation with the most frequent diseases they have suffered from as well as to find out how these diseases are triggered by addictions such as smoking, consumption of alcohol, by obesity and other factors.

Methods: The survey is made up from a sample of 1653 people, male and female, between the age of 40 and 55 who have visited Health Center of Preventive Medicine for adults which belong to the National Health System in Thessaloniki, in the period from September 2009 to October 2013. The sample included individuals of Greek nationality as well as immigrant who are residents of the Prefecture of Thessaloniki. Questionnaire was used which was filled in during an interview. The questions asked concerned age, nationality, educational background, marital status and the state of their parent's health, as far as chronic diseases are concerned in particular. Additionally, they were asked questions concerning their personal daily consumption of alcohol and daily smoking. The elaboration of the statistics was carried out with SPSS 21.0 (Statistical Package of the Social Sciences).

Results: The majority of the people visiting the Health Center were women with a percentage of 68,2% while the percentage of the male visitors was 31,8%. The majority of the participants were Greek by nationality and married, followed in number by divorced and finally single people. Men consume more alcohol and cigarettes compared to women and the same applies in the case of obesity which is more common among men. The most frequent diseases mentioned are hyperlipidemia, hypercholesterolemia, high blood pressure and diabetes.

Conclusions: The most common diseases presented the study population are mainly due to "diseases of civilization" such as cardiovascular disease, diabetes, hyperlipidemia and obesity. The main characteristic of the above mentioned diseases is that they refer to situations which are causally associated with risk factors which can be coped with and are largely preventable. Therefore, it is necessary to apply a correct form of prevention, prevention with correctly scheduled diagnostic controls which will reduce the appearance of these diseases to a great extent.

Key-words: Preventive control, prevention, preventive medicine, check up, preventive medical check.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ήδη από το δεύτερο ήμισυ του προηγούμενου αιώνα άρχισε να παρατηρείται και να τεκμηριώνεται επιστημονικά η επιδημιολογική μετάβαση της νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα σε νοσήματα με χρονιότερο χαρακτήρα. Στην ομάδα των χρόνιων νοσημάτων συμπεριλαμβάνονται καταστάσεις που έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: είναι μόνιμες, καταλείπουν κάποιου είδους αναπηρία, οφείλονται σε μη αναστρέψιμες βλάβες του ανθρώπινου οργανισμού, απαιτούν ειδική εκπαίδευση του ασθενούς για την αποκατάσταση της αναπηρίας ή την πάροδο μεγάλου διαστήματος παρακολούθησης και θεραπείας. Ονομάζονται επίσης και μη μεταδοτικά νοσήματα (Non Communicable Diseases – NCD's) που είναι κυρίως τα λοιμώδη. Τις τελευταίες δεκαετίες τα μη μεταδοτικά νοσήματα αποτελούν μια ομάδα νοσημάτων μείζονος σημασίας για την δημόσια υγεία αφού αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας, της ανικανότητας και των πρόωρων θανάτων διεθνώς. Σε αυτήν την ομάδα νοσημάτων περιλαμβάνονται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι κακοήθειες, οι αποφρακτικές παθήσεις των πνευμόνων, ο διαβήτης και άλλες καταστάσεις. Σύμφωνα με ιατρικές στατιστικές μελέτες, πάνω από το 70% των πρόωρων θανάτων και αναπηριών θα είχαν αποφευχθεί, εάν οι άνθρωποι δεν αμελούσαν την σωστή, συστηματική, ετήσια προληπτική ιατρική παρακολούθηση και εξέταση και συμμορφώνονταν με τις αντίστοιχες ιατρικές οδηγίες. Η ιατρική επιστήμη έχει αποδείξει σήμερα τον σπουδαίο ρόλο, που έχουν η περιοδική λεπτομερής ιατρική μελέτη του οργανισμού και η συγκριτική αξιολόγηση του επιπέδου της υγείας του, από έτος σε έτος.

Πρόληψη είναι κάθε ενέργεια που αποσκοπεί στην δημιουργία συνθηκών μείωσης του κινδύνου επιβάρυνσης της υγείας ατομικής και δημόσιας. Κύριος ρόλος της είναι η αποφυγή πρόωμου θανάτου και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την καλύτερη ποιότητα ζωής. Η προληπτική ιατρική που έχει για κύριο σκοπό την προφύλαξη του ανθρώπου από τα διάφορα νοσήματα ή τις σωματικές βλάβες έχει τις ρίζες της, όπως και η ιατρική, στην προϊστορική εποχή όπου οι πρωτόγονοι άνθρωποι τυλίγονταν με δέρματα ζώων ή κατέφευγαν σε σπηλιές για να προφυλαχθούν από νοσήματα που οφείλονταν στις καιρικές συνθήκες. Αργότερα η πρόληψη συμπεριέλαβε την αποφυγή των αρρώστων με λοιμώδη νοσήματα, την απομόνωση τους, αλλά και την καύση των νεκρών από τις επιδημίες. Ο Ιπποκράτης διατύπωσε πρώτος με σαφήνεια ότι η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία, «Κάλλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν».

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Κατά τον 18^ο αιώνα η παρατηρητικότητα και η επιμονή του Άγγλου γιατρού Edward Jenner (1749- 1823) με την εμπειρική εφαρμογή του εμβολιασμού (δαμαλισμός) αποτέλεσε την πρώτη μεγάλη επιτυχία της προληπτικής ιατρικής ενάντια στην ευλογιά που είχε προκαλέσει το θάνατο σε περίπου 60.000.000 ανθρώπους στην Ευρώπη. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο η ιατρική στράφηκε κυρίως στην αντιμετώπιση των νοσημάτων κυρίως με παραγωγή νέων φαρμάκων και μέσω της ραγδαίας αναπτυσσόμενης βιοτεχνολογίας. Σιγά-σιγά όμως οι θεραπευτικές μέθοδοι άρχισαν να φθάνουν στα όριά τους, η νοσηρότητα και η θνητότητα δεν περιορίστηκαν σημαντικά, ενώ παράλληλα οι κρατικοί προϋπολογισμοί ακόμα και των αναπτυγμένων χωρών δυσκολεύονταν να ανταπεξέλθουν στις διαρκώς διογκούμενες οικονομικές απαιτήσεις.[1,2]

Οι βάσεις για την αλλαγή πολιτικής τέθηκαν το 1978 στη διάσκεψη της Alma-Ata που οργανώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) οι στόχοι της οποίας έγιναν αποδεκτοί από όλα τα κράτη που συμμετείχαν συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Το 1981 στην 34η γενική συνέλευση του ΠΟΥ στο πρόγραμμα «Υγεία για όλους το 2000» αποφασίστηκε ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας στην κατεύθυνση της Π.Φ.Υ., της πρόληψης και της αγωγής υγείας. Με τη διακήρυξη της Οτάβας το 1986 ο ΠΟΥ περιέγραψε αναλυτικά την πολιτική της Προαγωγής Υγείας. Ο σταθερός προσανατολισμός του ΠΟΥ στην πολιτική της Προαγωγής Υγείας επιβεβαιώνεται με την θεσμοθέτηση παγκοσμίων συνεδρίων για το θέμα (Αδελαΐδα Αυστραλίας 1988, Sundsvall Σουηδίας 1991, Τζακάρτα 1997, Μεξικό 2000) όπου προτείνονται διαρκώς νέες παρεμβάσεις και εξειδικεύονται δράσεις για τη Προαγωγή Υγείας. Τον Οκτώβριο του 2009 έγινε στο Ναϊρόμπι της Κένυας το 7ο Παγκόσμιο συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας όπου ένα από τα βασικά ζητήματα ήταν η «Παιδεία Υγείας» (Health literacy).[3]

2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Από την αρχαιότητα μέχρι και λίγο μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο ο όρος πρόληψη στην ιατρική περιελάμβανε όλα τα απαραίτητα μέτρα για να μην υπάρξει νόσος. Με την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών τεχνικών από το 1960 περίπου και μετά δόθηκε η δυνατότητα στους γιατρούς να προβαίνουν σε πρώιμη διάγνωση νοσημάτων και να τα θεραπεύουν χωρίς σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία των ατόμων. Έτσι όρος πρόληψη άρχισε να συγχέεται με την έγκαιρη-πρώιμη διάγνωση.[1]

Το 1964 ο Gerald Caplan προσπαθώντας να διαχωρίσει τις έννοιες εισήγαγε τους όρους πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη οι οποίοι επικράτησαν και χρησιμοποιούνται ευρέως μέχρι σήμερα, χωρίς όμως να λείπει η άποψη ότι χρησιμοποιούνται κατά αδόκιμο τρόπο.[3] Σύμφωνα λοιπόν με την τυπολογία του Caplan οι δραστηριότητες της προληπτικής ιατρικής αναπτύσσονται σε δύο διαφορετικούς τομείς – της πρωτογενούς και της δευτερογενούς πρόληψης. Στην πρωτογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να μην εκτεθεί ο ανθρώπινος οργανισμός στον αιτιολογικό παράγοντα μιας νόσου, ή αν εκτεθεί να έχει προηγουμένως ισχυροποιηθεί, ώστε να αντιμετωπίσει με επιτυχία τον παράγοντα αυτόν. Η εξυγίανση του περιβάλλοντος, η αποφυγή του καπνίσματος, καθώς επίσης και οι εμβολιασμοί αποτελούν μέτρα πρωτογενούς προλήψεως.[4] Στη δευτερογενή πρόληψη γίνεται προσπάθεια να διαγνωστεί η ύπαρξη μιας νόσου έγκαιρα, δηλαδή πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα, ώστε να προληφθεί η εξέλιξη της νόσου σε σοβαρές και καμιά φορά ανίατες μορφές. Στη δευτερογενή πρόληψη ανήκουν τα προγράμματα ελέγχου πληθυσμιακών ομάδων για την έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών στο ασυμπτωματικό ή προσυμπτωματικό στάδιο εξέλιξής τους π.χ μαστογραφία, test-Παπανικολάου, έλεγχος για μικροαιμορραγίες, για καρκίνο παχέως εντέρου, μέτρηση χοληστερόλης, προστατικό αντιγόνο για καρκίνο προστάτη κ.ά.[5] Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη βασίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο που μπορεί να αφορά ένα μόνο νόσημα ή περισσότερα νοσήματα, οπότε ονομάζεται αντίστοιχα μονοφασικός (απλός) ή πολυφασικός (πολλαπλός). Η διαλογή – screening είναι στενά συνδεδεμένη (σχεδόν ταυτόσημη) με τον προσυμπτωματικό έλεγχο, δηλαδή με την ανίχνευση των νόσων πριν δώσουν κλινικά συμπτώματα και είναι η κύρια στρατηγική της δευτερογενούς πρόληψης. Ο πολυφασικός προσυμπτωματικός έλεγχος ονομάζεται και check-up.[7]

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στο να μειώσει την εξέλιξη ή τις επιπλοκές μιας ήδη εγκατεστημένης νόσου και αποτελεί βασικό γνωστικό αντικείμενο της θεραπευτικής ιατρικής και της αποκατάστασης. Στην τριτογενή πρόληψη ανήκουν μέτρα που έχουν σκοπό να μειώσουν την επιδείνωση ή την ανικανότητα που μπορεί να αφήσει μια νόσος, να μειώσουν τον πόνο, να βοηθήσουν τα άτομα να προσαρμοστούν σε καταστάσεις μη ιάσιμες

και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Η τριτογενής πρόληψη είναι δύσκολο να διαχωριστεί από την θεραπεία, δεδομένου ότι η θεραπεία στις χρόνιες νόσους έχει ως κύριο σκοπό την πρόληψη των υποτροπών.[1,8], [Πίνακας 1]

Οι Gofrit et al (2000) προσθέτει μία ακόμα εννοιολογική διάσταση, περιγράφοντας την τεταρτογενή πρόληψη, ως τον απολογισμό των προηγούμενων σταδίων, τη διασφάλιση ποιότητας και τη βελτίωση των σχετικών διαδικασιών που ολοκληρώνουν τον κύκλο της πρόληψης, μέσω της συλλογής πληροφόρησης σχετικά με τις προληπτικές διεργασίες που έχουν υλοποιηθεί. Υπό αυτό το πρίσμα, η τεταρτογενής πρόληψη αναφέρεται στη διεπιστημονική ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων που έχουν προκύψει από τα προηγούμενα στάδια, ώστε να εξαχθούν συναφή συμπεράσματα, τα οποία κοινοποιούνται σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και τις ομάδες ενδιαφέροντος.[9]

Πίνακας 1. Σχέση σταδίου νόσου, επιπέδου πρόληψης και στρατηγικών πρόληψης

Στάδιο νόσου	Επίπεδο πρόληψης	Στρατηγικές πρόληψης
Υγιής	Πρωτογενής	-Αγωγή Υγείας -Ανοσοποίηση-Εμβολιασμοί -Μέτρα για το περιβάλλον -Κοινωνική πολιτική
Ασυμπτωματικός	Δευτερογενής	Πρωσυμπτωματικός έλεγχος (screening)
Συμπτωματικός	Δευτερογενής	Πρώιμη διάγνωση και ταχεία αποτελεσματική θεραπεία
Έκβαση νόσου -Ιαση -Θάνατος -Ανικανότητα	Τριτογενής	Αποκατάσταση

Η ετοιμολογία της λέξης πρόληψη βοηθάει ώστε να γίνει κατανοητή η έννοιά της. Προέρχεται από τη λέξη λήψη και την πρόθεση προ (πριν από). Πολύ απλά πριν τη λήψη.

Παρόμοια ετοιμολογία έχει και ο αγγλικός όρος prevention που προέρχεται από το λατινικό praevenire (πριν έρθει). Είναι προφανές λοιπόν ότι ο όρος πρόληψη είναι ταυτόσημος με την έννοια της πρωτογενούς πρόληψης. Η πρωτογενής πρόληψη απευθύνεται κυρίως στο κοινωνικό σύνολο. Κύριος σκοπός της πρόληψης είναι η αποτροπή των «πρώρων θανάτων» μέσα από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε συνδυασμό με την βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Ο μεγάλος στόχος της πρόληψης σήμερα είναι να ενημερώσει, να πείσει και τελικά να δώσει την «παιδεία υγείας», στο άτομο και στο κοινωνικό σύνολο, για την αποδοχή ενός υγιούς προτύπου διαβίωσης. Σήμερα τα βασικά εργαλεία που έχουμε στα χέρια μας για την επίτευξη των στόχων της πρωτογενούς πρόληψης είναι η Προαγωγή Υγείας, η Αγωγή Υγείας και η Προληπτική Ιατρική.[10]

Υποστηρίζεται, επίσης, πως ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της πρόληψης υγείας, στρέφοντας σήμερα την προσοχή στην πρωτογενή πρόληψη και ορίζοντας μία νέα «εποχή» της δημόσιας υγείας, της κλινικής ιατρικής και της επιδημιολογίας.[11] Οι παράγοντες κινδύνου της υγείας, όπως είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση, σήμερα θα πρέπει να θεωρούνται ως ασθένειες από μόνες τους και να αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο της πρόληψης υγείας. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η μετάβαση από την αντιμετώπιση της κλινικής ασθένειας στη δημόσια υγεία είναι εμφανής στην ιστορική εξέλιξη της έννοιας της πρόληψης.[12] Παραδειγματικά, ο Kaplan υποστηρίζει πως η πρόληψη της στεφανιαίας νόσου θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ένα πλαίσιο μείωσης των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο, προσανατολιζόμενη σε αντίστοιχους πληθυσμούς που διατρέχουν υψηλό σχετικό κίνδυνο. Ο ίδιος ερευνητής αναφέρει πως αυτές οι προληπτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι χαμηλού κόστους και ελάχιστα επεμβατικές. Οι εξελίξεις αυτές αντανakλούν και την εμφάνιση της έννοιας της προληπτικής ιατρικής, η οποία ειδικά στις ΗΠΑ είναι εξαιρετικά δημοφιλής σήμερα.[13]

Συνολικά, η εννοιολογική εξέλιξη της πρόληψης μπορεί να υποστηριχθεί πως ουσιαστικά βασίζεται στην πλαisiώση της έννοιας της ασθένειας. Δεδομένου, λοιπόν, ότι η έννοια αυτή έχει αλλάξει σημαντικά με την πάροδο του χρόνου, με σημαντικότερες εξελίξεις τη μείωση των κατώτατων ορίων για τον χαρακτηρισμό μίας κατάστασης υγείας ως ασθένεια και την ενσωμάτωση των παραγόντων κινδύνου ως ισοδύναμες έννοιες με τη νόσο, τα όρια μεταξύ πρόληψης και θεραπείας γίνονται όλο και περισσότερο δυσδιάκριτα.[14]

3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η πρόληψη αποτελεί ένα σημαντικό συστατικό πολλών διαστάσεων της δημόσιας πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης αυτής που αφορά την υγεία. Η υγεία των ατόμων και των κοινοτήτων επηρεάζεται από άμεσους και έμμεσους ατομικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι διαμεσολαβούνται από τις δράσεις της δημόσιας πολιτικής για την υγεία και αναδεικνύουν τις ευκαιρίες πρόληψης από τους εμπλεκόμενους φορείς.[14] Στο χώρο της υγείας, η πρόληψη θεωρείται ως μία από τις βασικότερες αρμοδιότητες των οργανωμένων συστημάτων υγείας, παράλληλα με τις υπηρεσίες θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορίας, και σήμερα αποτελεί ένα ολόενα και σημαντικότερο στοιχείο των κοινωνικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της υγείας.[15]

Οι προληπτικές δράσεις σε επίπεδο πολιτικής εστιάζουν στα σοβαρά ζητήματα της υγείας, τα οποία είναι δεκτικά παρέμβασης. Η πρόληψη της ασθένειας και των διαφορετικών τύπων αναπηρίας απαιτεί τον εντοπισμό εκείνων των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και την εφαρμογή αντίστοιχων στρατηγικών για την ελαχιστοποίησή τους ή αντίστροφα για τη μεγιστοποίηση των προληπτικών παραγόντων. Σύμφωνα με τους Brownson et al (1998), οι προληπτικές παρεμβάσεις της υγείας σε επίπεδο πολιτικής μπορούν να κατηγοριοποιηθούν βάσει του εξελικτικού σταδίου μίας νόσου, των καθοριστικών παραγόντων της που πρέπει να αντιμετωπιστούν, των πληθυσμιακών ομάδων-στόχων όπου οι αντίστοιχες στρατηγικές εφαρμόζονται και των ρυθμίσεων και δομών των συστημάτων υγείας μέσω των οποίων τα μέτρα και οι δράσεις πρόληψης σχεδιάζονται και παρέχονται.[16]

Στη δημόσια υγεία, μία κοινή πρακτική της κατηγοριοποίησης της πρόληψης αφορά την αντιστοίχιση των προληπτικών δράσεων με τα διαφορετικά στάδια μίας νόσου, καθορίζοντας με τον τρόπο αυτό την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή πρόληψη. Όπως προαναφέρθηκε, ο στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι ο περιορισμός της συχνότητας (επιπολασμού) εμφάνισης μίας νόσου ή κατάστασης αναπηρίας σε έναν πληθυσμό, μέσω της λήψης μέτρων που ελαχιστοποιούν τις αιτίες ή τις καθοριστικές μεταβλητές που οδηγούν σε παρεκκλίσεις από την καλή υγεία, μέσω του ελέγχου της έκθεσης των ατόμων στους κινδύνους αυτούς και μέσω της προώθησης της προάσπισης της υγείας.[17]

Επιπλέον, η δευτερογενής πρόληψη σε επίπεδο δημόσιας υγείας στοχεύει στην παρεμπόδιση της εξέλιξης μίας νόσου, μέσω της έγκαιρης διάγνωσης, συνήθως από ιατρικούς ελέγχους που πραγματοποιούνται σε ασυμπτωματικά στάδια, και μέσω της έγκαιρης παρέμβασης. Ο στόχος της τριτογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση της κατάστασης και λειτουργίας του ατόμου, συμπεριλαμβάνοντας την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της ασθένειας και την καθυστέρηση των επιπλοκών μέσω της αποτελεσματικής διαχείρισης και αποκατάστασης.[18] Επιπροσθέτως, ένα από τα σημαντικότερα σύγχρονα πεδία της

πρόληψης σε επίπεδο δημόσιας υγείας είναι η πρωταρχική πρόληψη, η οποία αναφέρεται στην πρόληψη της εμφάνισης κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να οδηγήσουν στην πρόκληση μίας νόσου, αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας οι εν λόγω πολιτικές συμπεριλαμβάνονται στο πρωτογενές στάδιο.[19]

Οι φορείς της δημόσιας υγείας χρησιμοποιούν μία σειρά από στρατηγικές παρέμβασης για την πρόληψη της υγείας, οι οποίες συνήθως εφαρμόζονται σε συνδυασμό, ώστε να επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν να συμπεριλαμβάνουν νομικά ή δημοσιονομικά μέτρα, πολυτομεακές ή διεπιστημονικές συνεργασίες, διαδικασίες ανάλυσης πληροφοριών και επικοινωνίας, καθώς και πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη νέων πολιτικών για την υγεία που κινητοποιούν τους διαθέσιμους πόρους και προωθούν δράσεις βάσει στοιχείων.[20] Σε περιπτώσεις όπου η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση περιβαλλοντικών παραγόντων και την τροποποίηση της συμπεριφοράς για την υγεία δεν είναι εφικτή, τότε η εστίαση των πολιτικών της δημόσιας υγείας στρέφεται προς το σχεδιασμό οργανωμένων προγραμμάτων έγκαιρης ανίχνευσης. Έτσι, όταν μία νόσος ανιχνεύεται σε αρχικό στάδιο, τότε η απόκριση της δημόσιας υγείας αφορά τη θεραπεία και την παροχή φροντίδας σε μεμονωμένους ασθενείς.

Ο κύκλος αυτός της πρόληψης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, όπως περιγράφηκε παραπάνω, οδηγεί σε θετικά για την υγεία των πληθυσμών αποτελέσματα. Η επιτακτική ανάγκη διατήρησης υγιών κοινοτήτων απορρέει από την ανάγκη εύρυθμης λειτουργίας της κοινωνίας, καθώς μία κοινωνία που είναι υγιής ευημερεί και οικονομικά.[21] Βέβαια, σήμερα αποτελεί κοινή διαπίστωση των υπεύθυνων χάραξης των πολιτικών δημόσιας υγείας πως η μεγαλύτερη μακροπρόθεσμη συνεισφορά στο πεδίο της πρόληψης προέρχεται από την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και χαμηλού κόστους σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Συνεπώς, οι επενδύσεις σε πρωτοβουλίες και στρατηγικές που εστιάζουν στο επίπεδο της πρωτογενούς πρόληψης μπορούν να αποφέρουν κρίσιμα θετικά αποτελέσματα στην υγεία των πληθυσμών, μέσω των αντίστοιχων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας.[20]

Συμπερασματικά, οι σύγχρονες προσεγγίσεις της πρόληψης ενσωματώνουν μία σειρά καινοτόμων πρακτικών και παρεμβάσεων. Οι Starfield et al, επιχειρώντας να περιγράψουν ολοκληρωμένα τη σύγχρονη έννοια της πρόληψης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, αναφέρουν πως αυτή θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: α) να προσανατολίζεται σε πληθυσμούς, (β) να εστιάζει σε πληθυσμιακούς και όχι μεμονωμένους κινδύνους, (γ) να επικεντρώνεται στη νοσηρότητα και όχι στην επιβάρυνση της νόσου, (δ) να αξιολογεί τα οφέλη και το κόστος των εφαρμοζόμενων στρατηγικών πρόληψης, (ε) να έχει ως μείζονα στόχο τη βελτίωση της συνολικής υγείας και όχι την πρόληψη των ασθενειών, και (στ) να αποφεύγει παρελθοντικές εκτιμήσεις της χρησιμότητας των επιμέρους παραγόντων κινδύνου για την υγεία των πληθυσμών.[15]

4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η καλή κατάσταση της υγείας των ατόμων δεν αφορά αποκλειστικά το σχεδιασμό των πολιτικών της δημόσιας υγείας και την αποτελεσματικότητα των αντίστοιχων συστημάτων και υπηρεσιών αλλά, αντιθέτως, σχετίζεται άμεσα και με την ατομική συμπεριφορά για την υγεία. Εδώ και αρκετές δεκαετίες έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις της συμπεριφοράς υγείας των ατόμων, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν διάφορες γνωστικές θεωρίες. Γενικότερα, η βασική διάκριση της συμπεριφοράς αυτής είναι οι θετικές και αρνητικές για την υγεία συμπεριφορές. Παραδείγματα θετικών και υγιών συμπεριφορών είναι η τακτική σωματική άσκηση, η πραγματοποίηση ετήσιων ιατρικών ελέγχων, η καλή διατροφή και η χρήση προφυλακτικού, ενώ αντίστοιχα παραδείγματα αρνητικών συμπεριφορών είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η πολύ γρήγορη οδήγηση και η διατροφική πρόσληψη υψηλών ποσοστών κορεσμένων λιπαρών.[22]

Ακόμη, διάφορες άλλες διακρίσεις έχουν κατά καιρούς προταθεί αναφορικά με την ατομική συμπεριφορά για την υγεία, όπως είναι οι συμπεριφορές πρόληψης ή ανίχνευσης (π.χ. διακοπή καπνίσματος ή ιατρικός έλεγχος για καρκίνο), αυτές που εντοπίζονται σε δημόσιους ή ιδιωτικούς χώρους (π.χ. τρέξιμο σε πάρκο ή σωματική άσκηση στο σπίτι) και οι συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τη χρήση ή όχι υπηρεσιών υγείας (π.χ. μαστογραφία ή αυτοεξέταση μαστού). Σε κάθε περίπτωση, το σύνολο των συμπεριφορών αυτών έχουν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση της κατάστασης υγείας των ατόμων και σχετίζονται άμεσα με την πρόληψη της υγείας σε προσωπικό επίπεδο. [23]

Ως προληπτική για την υγεία συμπεριφορά έχει οριστεί οποιαδήποτε δραστηριότητα που αναλαμβάνεται από ένα άτομο, το οποίο πιστεύει πως είναι υγιές, με σκοπό την πρόληψη μίας ασθένειας σε ασυμπτωτικό στάδιο.[24] Συνεπώς, η προληπτική συμπεριφορά αποτελεί υποκατηγορία της συμπεριφοράς για την υγεία, καθώς δεν περιλαμβάνει συμπεριφορές για τη θεραπεία ασθενειών που έχουν ήδη διαγνωστεί με συμπτώματα, εξετάσεις ή άλλες ιατρικές γνωματεύσεις. Ως εκ τούτου, η απόφαση ανάπτυξης μίας προληπτικής συμπεριφοράς βασίζεται σε λιγότερο αντικειμενικούς παράγοντες. Παράλληλα, πολλές προληπτικές συμπεριφορές δεν έχουν άμεσα αποτελέσματα, όπως είναι τα αποτελέσματα μίας ισορροπημένης διατροφής στην πρόληψη καρδιακών παθήσεων, ενώ το κόστους τους μπορεί να επηρεάζει άμεσα την καταναλωτική συμπεριφορά του ατόμου.

Διάφορα μοντέλα έχουν προταθεί κατά καιρούς για την εξήγηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αναλαμβάνουν προληπτικές για την υγεία συμπεριφορές. Πολλά από αυτά έχουν βασιστεί σε γνωστικές προσεγγίσεις, σύμφωνα με τις οποίες το άτομο αναλύει τις συνέπειες μίας συμπεριφοράς για την υγεία, αξιολογεί τους πιθανούς κινδύνους μίας νόσου και εκτιμάει το βαθμό αυτοαποτελεσματικότητάς του.[25] Αν και πολλές μελέτες έχουν αποδείξει πως η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί βασικό καθοριστικό παράγοντα της προληπτικής

συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, παράλληλα επηρεάζεται και από άλλες μεταβλητές, όπως είναι τα συναισθήματα που σχετίζονται με προηγούμενες εμπειρίες. Για παράδειγμα, μία νεαρή παχύσαρκη γυναίκα που είχε πολλές ανεπιτυχείς εμπειρίες από δίαιτες, μπορεί να έχει αρνητικά συναισθήματα για την ανάληψη μίας προληπτικής συμπεριφοράς ισορροπημένης διατροφής.[26]

Ένας ακόμη παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις ανάληψης προληπτικών για την υγεία συμπεριφορών είναι τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι ο χρονικός προσανατολισμός του ατόμου ή η μελλοντική προοπτική του χρόνου. Βάσει αυτής της προσέγγισης, τα άτομα που προσανατολίζονται στο μέλλον είναι περισσότερο ενεργητικά και επιδιώκουν την αλλαγή, ενώ αυτά που προσανατολίζονται στο παρελθόν αντιστέκονται περισσότερο σε εξωτερικά ερεθίσματα που σχετίζονται με την υγεία.[27] Για παράδειγμα, οι Keough et al αποδεικνύουν πως τα άτομα που έχουν μελλοντικό προσανατολισμό (Future Time Perspective - FTP) αναφέρουν και χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ, καπνού ή ναρκωτικών.[28]

5. ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε, διάφορα μοντέλα προληπτικής για την υγεία συμπεριφοράς έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς. Ίσως το γνωστότερο από αυτά είναι το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία (ΜΠΥ), το οποίο αποτελεί ένα ψυχολογικό μοντέλο που προσπαθεί να εξηγήσει και να προβλέψει τις συμπεριφορές του ατόμου για την υγεία, μέσω τεσσάρων δομικών παραγόντων, των αντιληπτών απειλών, της ευαισθησίας, της σοβαρότητας και των εμποδίων.[29] Το ΜΠΥ είναι ένα γνωστικό μοντέλο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ευρέως για την οργάνωση των θεωρητικών προσδιοριστικών μεταβλητών των προληπτικών ενεργειών για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει την ασθένεια, τις προληπτικές δράσεις και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντίστοιχες αποφάσεις. [30] Ουσιαστικά, βάσει του ΜΠΥ, οι αναπαραστάσεις του ατόμου για την υγεία και την αντίστοιχη συμπεριφορά του με στόχο την υγεία, χωρίζονται σε δύο κεντρικούς άξονες: την πρόσληψη μίας απειλής (threat perception) και την αξιολόγηση της συμπεριφοράς (behavioral evaluation).

Σύμφωνα με τον Becker (1974) η πρόσληψη μίας απειλής εξαρτάται από δύο παράγοντες, την αντιληπτή τρωτότητα, δηλαδή το πώς αντιλαμβάνεται ένα άτομο την πιθανότητα να προσληφθεί από μία ασθένεια και την αντιληπτή σοβαρότητα, δηλαδή το πόσο σοβαρή αντιλαμβάνεται το άτομο ότι είναι η ασθένεια. Επιπλέον, η αντιληπτή σοβαρότητα μίας ασθένειας περιλαμβάνει τις αξιολογήσεις που διενεργεί το άτομο σε σχέση τόσο με τις κλινικές, όπως είναι ο πόνος ή η πιθανότητα θανάτου, όσο και με τις κοινωνικές συνέπειες της ασθένειας, όπως είναι η ανικανότητα για εργασία ή για διατήρηση των κοινωνικών του

σχέσεων. Το ΜΠΥ έχει εξεταστεί ευρέως σε διάφορες παρεμβάσεις αγωγής υγείας, με σκοπό τη διερεύνηση εκείνων των παραγόντων που οδηγούν στην υιοθέτηση μίας συμπεριφοράς για την υγεία, με απώτερο στόχο το σχεδιασμό ενός πλαισίου ενημέρωσης σχετικά με μία ασθένεια. [31]

Μία ακόμα γνωστή θεωρία είναι η Θεωρία της Παρακίνησης της Προστασίας (Protection Motivation Theory PMT), η οποία εστιάζει στις γνωστικές διεργασίες του ατόμου που μεσολαβούν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Το μοντέλο αυτό αναφέρει πως η πρόθεση ενός ατόμου να προστατέψει τον εαυτό του αναλαμβάνοντας προληπτικές για την υγεία συμπεριφορές εξαρτάται από τέσσερις παράγοντες:

- την εκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου,
- την αντιληπτή τρωτότητα, δηλαδή τις πιθανότητες να προσβληθεί κάποιος από μία ασθένεια
- την αποτελεσματικότητα της συνιστώμενης προληπτικής συμπεριφοράς για την υγεία και
- την αντιληπτή αυτοαποτελεσματικότητα εφαρμογής της εν λόγω συμπεριφοράς [25]

Σύμφωνα με τους Floyd et al (2000) τα κοινά χαρακτηριστικά όλων των μοντέλων που οδηγούν σε ανάληψη προληπτικών συμπεριφορών για την υγεία είναι τα ακόλουθα: 1) η αντιλαμβανόμενη τρωτότητα και σοβαρότητα μίας νόσου που οδηγεί σε εκτίμηση του σχετικού κινδύνου, 2) τα αντιλαμβανόμενα οφέλη και εμπόδια, 3) η εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας και 4) άλλα υποκειμενικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου.[32]

Αξίζει να αναφερθεί πως διάφορες προσεγγίσεις της επιστήμης της κλινικής ψυχολογίας έχουν επιχειρήσει να εξηγήσουν τις προληπτικές για την υγεία συμπεριφορές, ενώ άλλοι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να αναπτύξουν περισσότερο ολοκληρωμένα μοντέλα, ενσωματώνοντας γνωστικές προσεγγίσεις και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, η γνωστή προσέγγιση της Διαδικασίας Δράσης για την Υγεία (Health Action Process Approach - HAPA) θεωρεί πως η υιοθέτηση, η έναρξη και η διατήρηση συμπεριφορών σε θέματα ατομικής υγείας θα πρέπει να εκλαμβάνεται ως μία διαδικασία δύο φάσεων, εκ των οποίων η πρώτη βασίζεται στην παρακίνηση του ατόμου και η δεύτερη στη βούλησή του. Έτσι, το άτομο παρακινείται από τους αντιληπτούς για την υγεία του κινδύνους και στη συνέχεια σχεδιάζει συγκεκριμένες δράσεις πρόληψης, εκτιμώντας παράλληλα τις προσωπικές τους δυνατότητες και αξιολογώντας τα αντίστοιχα οφέλη σε μακροπρόθεσμο ορίζοντα.[27]

6. ΚΑΘΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με την πάροδο των χρόνων, οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, γνωστοί και με τον όρο «καθοριστές υγείας», έχουν εξελιχθεί σημαντικά, παρέχοντας σήμερα ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο πρόληψης τόσο αναφορικά με τη δημόσια υγεία όσο και σε σχέση με την ατομική υιοθέτηση θετικών για την υγεία συμπεριφορών. Αναφορικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της δημόσιας υγείας, διαχρονικά ως τέτοιοι έχουν αναγνωριστεί στη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία η βιολογία και γενετική (π.χ. κληρονομικοί παράγοντες), η ατομική συμπεριφορά (π.χ. η κατανάλωση αλκοόλ ή το κάπνισμα), το κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. το εισόδημα ή τα φαινόμενα ανισότητας στην πρόσβαση στην υγεία), το φυσικό περιβάλλον (π.χ. ο τύπος κατοικίας) και οι υπηρεσίες υγείας (π.χ. η ποιότητα της φροντίδας και η ασφάλιση). Γενικότερα, ενώ οι ιατρικές και επιδημιολογικές μελέτες τείνουν να επικεντρώνονται σε βιολογικούς και ιδιαίτερα σε γενετικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και τη νοσηρότητα σε άτομα και πληθυσμούς, οι κοινωνικοί επιδημιολόγοι και επιστήμονες σήμερα εξετάζουν την επίδραση των μη βιολογικών καθοριστών της υγείας, ειδικά σε κοινωνικά πλαίσια όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Αυτή η ευρύτερη προσέγγιση της πρόληψης και προαγωγής της υγείας συλλαμβάνεται πλέον υπό τον ευρύτερο όρο των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων. Ιδιαίτερα χρήσιμο στοιχείο στο πεδίο της πρόληψης της υγείας είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ των γενετικών και βιολογικών μεταβλητών που διαμορφώνουν την προδιάθεση ενός ατόμου σε ζητήματα υγείας με τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, οι οποίοι οικοδομούν τις προσωπικές στάσεις και συμπεριφορές που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την προσωπική κατάσταση υγείας.[33]

Ο ΠΟΥ αναγνωρίζει 10 καθοριστές υγείας, αν και άλλοι ερευνητές προσθέτουν στη λίστα αυτή επιπλέον μεταβλητές, οι οποίες ωστόσο αλληλεπικαλύπτονται σε ορισμένα σημεία. Σε κάθε περίπτωση, η συντριπτική πλειοψηφία των κατηγοριοποιήσεων που έχουν προταθεί κατά καιρούς συγκλίνουν στη διαπίστωση πως πολλαπλοί παράγοντες καθορίζουν την υγεία του ατόμου και των κοινοτήτων, αφορώντας κοινωνικές, δομικές, γενετικές, βιολογικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις, μερικές εκ των οποίων μάλιστα είναι εκτός του ατομικού ελέγχου, επηρεάζοντας με κρίσιμο τρόπο τις στρατηγικές πρόληψης που σχεδιάζονται και εφαρμόζονται ανά τον κόσμο. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ΠΟΥ, οι καθοριστές υγείας είναι οι εξής: (1) το εισόδημα και κοινωνική κατάσταση, (2) τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα, (3) η εκπαίδευση, (4) το οικονομικό περιβάλλον, (5) το κοινωνικό περιβάλλον, (6) το φυσικό περιβάλλον, (7) τα προσωπικά μοναδικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές, (8) οι γενετικοί παράγοντες, (9) οι υπηρεσίες υγείας και (10) το φύλο.[34]

Οι γενικές κοινωνικοοικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες αποτελούν το πρώτο επίπεδο της υγείας και ακολουθούν οι συνθήκες ζωής και εργασίας (εργασιακό περιβάλλον, εκπαίδευση, ανεργία, αγροτική παραγωγή, νερό, υπηρεσίες υγείας, στέγαση), τα

κοινωνικά και κοινοτικά δίκτυα και οι προσωπικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και άλλες γενετικές και βιολογικές μεταβλητές. Η αλληλεπίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων οδηγούν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα στην υγεία των ατόμων.[33]

Η Starfield (2001) τονίζει, επίσης, την αλληλεπίδραση των διαφορετικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, η οποία μάλιστα ευθύνεται για τις μεγάλες αποκλίσεις που παρατηρούνται στο επίπεδο υγείας διαφόρων πληθυσμών ανά τον κόσμο.[15]

Οι καθοριστικοί της υγείας παράγοντες που λειτουργούν σε μέσο κοινωνικό επίπεδο, όπως είναι η δημόσια υγεία, η στέγαση και οι μεταφορές, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο ατομικής υγείας, ανεξαρτήτως των μεμονωμένων θετικών ή αρνητικών συμπεριφορών που υιοθετούνται για την πρόληψη. Σε μικρο-επίπεδο, οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου εμπεριέχουν τη φτώχη ατομική υγεία, τον υπερπληθυσμό, τις κακές συνθήκες υγιεινής, το κάπνισμα, την ανθυγιεινή διατροφή και την έλλειψη σωματικής άσκησης.

Τέλος, σε μακρο-επίπεδο, τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας, όπως είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, οι οποίοι επηρεάζουν καίρια την ισότητα και τις αντίστοιχες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε επίπεδο δημόσιας υγείας. Οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε δέκα διαφορετικά πεδία, την κοινωνική διαβάθμιση, το άγχος, τη ζωή κατά τα πρώτα χρόνια μετά τη γέννηση, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την εργασία, την ανεργία, την κοινωνική στήριξη, τον εθισμό, τη διατροφή και τις μεταφορές. Ομοίως, ο ΠΟΥ κατατάσσει τους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας σε έξι κατηγορίες: (1) τον παιδικό και μητρικό υποσιτισμό, (2) τη διατροφή και τη σωματική άσκηση, (3) την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, (4) τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, (5) τους περιβαλλοντικούς κινδύνους και (6) τους επαγγελματικούς και λοιπούς κινδύνους.[35]

Συμπερασματικά, οι καθοριστές της υγείας αρχικά αποτελούνταν από ένα πολύ τυποποιημένο σύνολο, συμπεριλαμβάνοντας δείκτες θνησιμότητας και δίνοντας ιδιαίτερα έμφαση σε στατιστικά στοιχεία, όπως το προσδόκιμο ζωής, η βρεφική θνητότητα και ο επιπολασμός διάφορων νοσημάτων. Στο παρελθόν, η χρήση παρόμοιων μέτρων αντικατόπτριζε μία περισσότερο βιοϊατρική προσέγγιση της υγείας, σύμφωνα με την οποία η καλή υγεία θεωρούνταν μόνο ως η απουσία νόσου. Ωστόσο, σήμερα το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, των ερευνητών και των εμπλεκόμενων φορέων αποδέχεται τη σημασία των κοινωνικών διαστάσεων της υγείας, αναδεικνύοντας παράλληλα τη σημασία της πρόληψης σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, δεδομένου μάλιστα πως ορισμένες από τις κοινωνικές διαστάσεις της υγείας δεν είναι τροποποιήσιμες από το ίδιο το άτομο.[36]

7. ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Εκτός των γενικών καθοριστών της υγείας, οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται άμεσα με την υιοθέτηση θετικών ή αρνητικών συμπεριφορών για την υγεία από τα άτομα είναι ιδιαίτερης σημασίας για την αποτελεσματικότητα της πρόληψης. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, σήμερα οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου θνησιμότητας παγκοσμίως είναι η υψηλή αρτηριακή πίεση (υπεύθυνη για το 13% των συνολικών θανάτων), το κάπνισμα (9%), τα υψηλά ποσοστά γλυκόζης στο αίμα (6%), η απουσία σωματικής άσκησης (6%) και η παχυσαρκία (5%). Οι κίνδυνοι αυτοί ευθύνονται για την αύξηση του κινδύνου των χρόνιων νοσημάτων, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης και ο καρκίνος, επηρεάζοντας το σύνολο των χωρών παγκοσμίως, ανεξαρτήτως της εκάστοτε εισοδηματικής κατηγορίας.

Σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας, οι σημαντικότεροι κίνδυνοι της επιβάρυνσης των ασθενειών, όπως αυτή υπολογίζεται με το δείκτη DALYs (Disability-Adjusted Life Years) είναι η μη ασφαλής σεξουαλική επαφή, η κατάχρηση αλκοόλ και μη ασφαλείς συνθήκες υγιεινής. Αξίζει να αναφερθεί πως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει μοναδικές γεωγραφικές και δημογραφικές τάσεις, έχοντας ιδιαίτερη επιβάρυνση στον ανδρικό πληθυσμό στις χώρες της Αφρικής, στις χώρες μεσαίου εισοδήματος της Αμερικής και σε μερικές χώρες υψηλού εισοδήματος.[35]

Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την υγεία είναι οι εξής: (1) κάπνισμα, (2) κατανάλωση αλκοόλ, (3) υψηλή αρτηριακή πίεση, (4) υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, (5) παχυσαρκία και μη φυσιολογικό βάρος, (6) απουσία σωματικής άσκησης, (9) υψηλή χοληστερόλη, (10) κίνδυνοι στο χώρο εργασίας, (11) χαμηλά επίπεδα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, (12) αστική ατμοσφαιρική ρύπανση, (13) ανεπάρκεια σιδήρου, (14) σεξουαλική κακοποίηση, (15) χρήση παράνομων ναρκωτικών και (16) επισφαλής σεξουαλική επαφή.[36]

Στην Ελλάδα οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου αντανακλώνται και στις επιδημιολογικές εξελίξεις, δεδομένου ότι παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από καρδιοπάθειες, παθήσεις του εγκεφάλου και κακοήγη νεοπλασμάτα, τα οποία ευθύνονται για τα 3/4 του συνόλου των θανάτων, καθώς και αύξηση της θνησιμότητας από παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Είναι προφανές από τα παραπάνω δεδομένα πως οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για τα νοσήματα αυτά αποτελούν πλέον και κρίσιμους καθοριστές της δημόσιας υγείας, καθώς το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η ελλιπής σωματική άσκηση και ο τρόπος ζωής γενικά επιδεινώνουν το συνολικό επίπεδο υγείας του εγχώριου πληθυσμού. Σε επίπεδο δημόσιας υγείας, η επιτήρηση των καθοριστικών αυτών παραγόντων και η αντιμετώπιση των κοινωνικών (τρόπος ζωής, κάπνισμα, διατροφή, κατανάλωση αλκοόλ) και

περιβαλλοντικών κινδύνων (έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία, χημική μόλυνση) αποτελούν βασικά σημεία της πρόληψης υγείας.[37]

Παράλληλα, βέβαια, με τις δράσεις που αναλαμβάνονται σε επίπεδο δημόσιας υγείας, η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου απορρέει και από την ανάληψη ατομικών, θετικών και προληπτικών για την υγεία συμπεριφορών, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Υπό αυτό το πρίσμα, η εξεύρεση τρόπων πρόληψης ή περιορισμού των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών αποτελούν βασικούς άξονες της πρόληψης υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Σήμερα, διάφορες καινοτόμες στρατηγικές έχουν αναπτυχθεί για την υποστήριξη της υιοθέτησης θετικών τέτοιων συμπεριφορών, όπως είναι η συνέντευξη παρακίνησης («motivational interviewing») και οι πρακτικές υπενθύμισης των συνεπειών των σχετικών με την υγεία κινδύνων. Αξίζει να αναφερθεί μάλιστα πως στις ΗΠΑ ιδιαίτερα διαδεδομένη είναι η στρατηγική των προσομοιώσεων εικονικής πραγματικότητας για την ανάδειξη των κινδύνων που προέρχονται από την οδήγηση σε κατάσταση μέθης.[38]

Συμπερασματικά, η πρόληψη της υγείας, η οποία επηρεάζεται τόσο από τους γενικούς καθοριστές της υγείας όσο και από τους επιμέρους παράγοντες κινδύνου, εκτείνεται σε δύο βασικούς άξονες. Από τη μία πλευρά, επηρεάζεται από τις προληπτικές στρατηγικές και πρακτικές που αναπτύσσονται σε επίπεδο δημόσιας υγείας από τους αντίστοιχους φορείς και από την άλλη πλευρά διαμορφώνεται από τις ατομικές συμπεριφορές για την υγεία, όπως είναι το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες και το εργασιακό άγχος. Βέβαια, καθίσταται προφανές πως οι δύο αυτοί άξονες αλληλεπικαλύπτονται. Για παράδειγμα, η έκθεση ενός ατόμου σε κινδύνους που απορρέουν από το εργασιακό άγχος επηρεάζεται τόσο από τις ατομικές του συμπεριφορές όσο και από τις γενικότερες πολιτικές προαγωγής της καλής υγείας στον εργασιακό χώρο.[39]

- Νοσηρές καταστάσεις ως παράγοντες κινδύνου

Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία, όπως προαναφέρθηκε, είναι μία παθολογική κατάσταση, κατά την οποία αποθηκεύεται στον οργανισμό περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού και αποτελεί έναν αυξανόμενο παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας, καθώς ο σύγχρονος τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται από χαμηλή σωματική δραστηριότητα και αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε λίπη και θερμίδες.[40] Συγκεκριμένα, έχουν παρατηρηθεί υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας σε παχύσαρκα άτομα από νοσήματα όπως ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία, τα καρδιαγγειακά, η χολολιθίαση, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και διάφορες μορφές καρκίνου ο κίνδυνος, δε, τείνει να αυξάνεται σε περιπτώσεις που η περίσσεια λίπους

συσσωρεύεται στην κοιλιακή χώρα, αντί στους γλουτούς.[41] Πολλοί ερευνητές, άλλωστε, εξετάζουν την περίσσεια κοιλιακού λίπους ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, των καρδιαγγειακών, της υπέρτασης, του καρκίνου του μαστού και πολλών πρόωγων θανάτων.[3]

Αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση, καθώς ο κίνδυνος εμφάνισης μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη αυξάνει όσο αυξάνεται ο BMI και μειώνεται όσο ελαττώνεται το βάρος του σώματος.[10] Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί πως το 10% με 30% των παχύσαρκων νοσεί από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, ενώ η διάρκεια της παχυσαρκίας επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση της νόσου. Τα παχύσαρκα άτομα διαθέτουν ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II. Τέτοια χαρακτηριστικά φαίνεται να είναι η παιδική και εφηβική παχυσαρκία, η αύξηση του σωματικού βάρους κατά την ενηλικίωση καθώς και η ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους. Η τελευταία, αλλά και γενικότερα η παχυσαρκία, έχει ενοχοποιηθεί για προδιαβητικές καταστάσεις, όπως η μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη και η ινσουλινοαντοχή. Η αυξημένη αρτηριακή πίεση συνδέεται συχνά με την παρουσία παχυσαρκίας, καθώς έχει παρατηρηθεί πως τόσο η συστολική όσο και η διαστολική αρτηριακή πίεση αυξάνονται με την αύξηση του BMI, αλλά και με τη χρονική διάρκεια της παχυσαρκίας. Επιπρόσθετα, το αυξημένο σωματικό βάρος συνοδεύεται, πολλές φορές, από μία δυσλιπιδαιμική κατάσταση, κατά την οποία μειώνεται η HDL, ενώ αυξάνονται η LDL και τα τριγλυκερίδια.[42]

Η παχυσαρκία δεν έχει άμεση επίπτωση στο καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά επιδρά σε αυτό έμμεσα, καθώς φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μία σειρά καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, όπως είναι η υπέρταση, η υπερχοληστερολαιμία και η δυσανοχή στη γλυκόζη. Η Αμερικανική Εταιρία Καρδιολογίας θεωρεί την παχυσαρκία ως έναν τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, εξίσου σημαντικό με άλλους γνωστούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, η σωματική αδράνεια, η υψηλή αρτηριακή πίεση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερχοληστερολαιμία. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η κατανομή του λίπους αποτελεί αποτελεσματικότερη και πιο σίγουρη ένδειξη ύπαρξης στεφανιαίου κινδύνου. Συγκεκριμένα, η ανδροειδούς τύπου παχυσαρκία συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο νοσηρότητας και θνητότητας από καρδιαγγειακά, σε σχέση με την περιφερικού τύπου παχυσαρκία, ενώ η επίδρασή της είναι ανεξάρτητη από άλλους παράγοντες κινδύνου.

Όσον αφορά στον καρκίνο, μελέτες έχουν δείξει τη θετική συσχέτιση μεταξύ αυτού και της παχυσαρκίας, και ιδιαίτερα στους ορμονοεξαρτώμενους καρκίνους και σε αυτούς του γαστρεντερικού συστήματος. Συγκεκριμένα, οι παχύσαρκες γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του μαστού, του ενδομητρίου, των ωοθηκών ή του τραχήλου της μήτρας, ενώ οι παχύσαρκοι άνδρες κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν καρκίνο του προστάτη και του παχέος εντέρου. Συνολικά η παχυσαρκία, αλλά και ειδικότερα η

ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους, είναι συνυφασμένη με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης μετεμμηνοπαυσιακού καρκίνου του μαστού, συχνότερα όταν υπάρχει σχετικό οικογενειακό ιστορικό.[11]

Οι αρνητικές συνέπειες του αυξημένου σωματικού βάρους δεν ξεκινούν κατά την ενήλικη ζωή, αλλά κάνουν την εμφάνισή τους από την εφηβεία, όπου διακρίνονται σε βραχυπρόθεσμες και σε μακροπρόθεσμες. Οι πρώτες αναφέρονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα και στα διάφορα αναπνευστικά, ορθοπεδικά και ψυχολογικά προβλήματα που μπορούν να προκληθούν. Ωστόσο, οι τελευταίες αφορούν, κυρίως, στο γεγονός ότι η παιδική ή εφηβική παχυσαρκία συχνά συνεχίζεται και κατά την μετέπειτα ζωή, με αποτέλεσμα να εκθέτει το άτομο σε πολλές ασθένειες, οι περισσότερες από τις οποίες αναλύθηκαν παραπάνω.

Συμπερασματικά, μπορεί κανείς να πει πως οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία, είτε αυτές είναι άμεσες, είτε έμμεσες, εξαρτώνται, λίγο ή πολύ, από το βάρος του σώματος, την κατανομή του λίπους, την σωματική αδράνεια, καθώς και από το βαθμό αύξησης του βάρους κατά την ενήλικη ζωή.[10]

Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης, μία από τις συχνότερες νοσηρές καταστάσεις της εποχής μας, αποτελεί ταυτόχρονα έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης, καρδιαγγειακών νοσημάτων και ιδιαίτερα στεφανιαίας νόσου.

Αναφορικά με τα άτομα που έχουν διαβήτη τύπου I, έχει παρατηρηθεί πως 5 με 10 χρόνια μετά από την εμφάνισή του, συχνά, παρουσιάζεται υπέρταση, ακόμα και σε πολύ νεαρές ηλικίες. Επίσης, αυξημένη, αλλά μέσα στα φυσιολογικά όρια, εμφανίζεται η αρτηριακή πίεση σε άτομα που βρίσκονται στα πρώτα στάδια ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη. Γενικότερα, η υπέρταση απαντάται πολύ συχνά σε διαβητικούς, ενώ συγχρόνως τα υπέρτατικά άτομα θεωρούνται πιο επιρρεπή στο να αναπτύξουν διαβήτη.

Όσον αφορά στα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου II, η αύξηση στην αρτηριακή πίεση αφορά περισσότερο τη συστολική, παρά τη διαστολική, δηλαδή η αύξηση δεν είναι συμμετρική, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του διαβήτη τύπου I. Η αύξηση αυτή της αρτηριακής πίεσης στα άτομα με μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη χαρακτηρίζεται ως ιδιοπαθής υπέρταση και απαντάται επίσης σε άτομα που εμφανίζουν διαταραχή στην ανοχή της γλυκόζης, χωρίς όμως να έχουν σακχαρώδη διαβήτη.

Σχετικά με τους διαβητικούς ασθενείς, στην κορυφή της λίστας των αιτιών θανάτου τους δεσπόζουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, καθώς φαίνεται πως ο σακχαρώδης διαβήτης διπλασιάζει στους άνδρες και τετραπλασιάζει στις γυναίκες τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά επεισόδια. Η αιτιολογία της σχέσης αυτής βασίζεται στο ότι στα άτομα αυτά επιταχύνεται η αθηροσκληρυντική διαδικασία. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με στοιχεία της μελέτης CARDIO2000, ο σακχαρώδης διαβήτης τριπλασιάζει στους άνδρες και

τετραπλασιάζει στις γυναίκες τον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου. Έχει διαπιστωθεί, άλλωστε, πως άτομα με σακχαρώδη διαβήτη κινδυνεύουν εξίσου με αυτά που ήδη έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου να παρουσιάσουν κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο.[7]

Η ινσουλινοαντοχή, η οποία αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του διαβήτη τύπου II, συνδέεται με δυσλιπιδαιμία, αύξηση του ουρικού οξέος, καθώς και με παχυσαρκία κεντρικού τύπου. Εκτιμάται ότι το 60% με 90% των ατόμων που πάσχουν από μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη είναι παχύσαρκα, αλλά η αντίστροφη σχέση δεν φαίνεται να ισχύει.[3]

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι σοβαρές επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη, εκ των οποίων η σημαντικότερη είναι η νεφρική ανεπάρκεια, καθώς φαίνεται πως ο σακχαρώδης διαβήτης είναι υπεύθυνος για το 25% των περιπτώσεων τελικού σταδίου. Αξιοσημείωτο είναι, ακόμα, στις Η.Π.Α, οι 20.000 περίπου ακρωτηριασμοί που γίνονται σε διαβητικούς ασθενείς, οι οποίοι αποτελούν το 50% του συνόλου των ακρωτηριασμών που δεν προέρχονται από κάποιο τραυματισμό, καθώς επίσης και οι 5.000 περίπου νέες περιπτώσεις τύφλωσης ανά έτος, εξαιτίας του σακχαρώδους διαβήτη.

Υπέρταση

Έχει διαπιστωθεί από έρευνες πως η υψηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης, τόσο στεφανιαίας νόσου, όσο εγκεφαλικών επεισοδίων και νεφρικών παθήσεων.

Αν και πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν πως η υπέρταση είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου, βάση της μελέτης του Framingham, η υπέρταση δεν δρα ανεξάρτητα, αλλά σε συνδυασμό με τους άλλους μεταβολικούς παράγοντες, όπως είναι η υπερχοληστερολαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και η παχυσαρκία. [10]

Έχει παρατηρηθεί, επίσης, πως όσο μεγαλύτερη είναι η διαφορική πίεση, δηλαδή η διαφορά μεταξύ συστολικής και διαστολικής, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας, εγκεφαλικού αγγειακού επεισοδίου και ανευρύσματος αορτής.

Εν κατακλείδι, μπορεί κανείς να ισχυριστεί πως υπάρχει μεγάλη σχέση μεταξύ υπέρτασης και στεφανιαίου κινδύνου, καθώς, όπως φαίνεται και από τη μελέτη CARDIO2000, η υψηλή αρτηριακή πίεση διπλασιάζει στους άνδρες και τετραπλασιάζει στις γυναίκες το στεφανιαίο κίνδυνο.[11]

Δυσλιπιδαιμία-Υπερχοληστερολαιμία

Είναι γεγονός πως μια δυσλιπιδαιμική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του ανθρώπου. Συγκεκριμένα, η LDL χοληστερόλη είναι συνδεδεμένη με την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, ενώ η αύξηση των επιπέδων της σχετίζεται με την αύξηση του στεφανιαίου κινδύνου.

Η υπερχοληστερολαιμία έχει, επίσης, παρουσιαστεί ως μια νοσηρή κατάσταση που αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και αθηροσκλήρωσης. Μάλιστα, η σχέση που υπάρχει μεταξύ των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης και του στεφανιαίου κινδύνου έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες που έγιναν σε έναν ή και διαφορετικούς πληθυσμούς. Ειδικότερα, από τη μελέτη των Επτά Χωρών φαίνεται πως πληθυσμοί που καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λίπη και έχουν αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης ορού, εμφανίζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στεφανιαίας νόσου. Επιπρόσθετα, η ίδια μελέτη, κατά τον επανέλεγχο των 25 ετών, απέδειξε και τη σχέση μεταξύ ολικής χοληστερόλης και θανάτου από στεφανιαία νόσο, ενώ φαίνεται πως ο κίνδυνος αγγίζει το 80% με 100%, μετά την εμφάνιση υπερχοληστερολαιμίας. Επιπλέον, στοιχεία της μελέτης CARDIO2000 δείχνουν πως η υπερχοληστερολαιμία τετραπλασιάζει στους άνδρες και πενταπλασιάζει στις γυναίκες το στεφανιαίο κίνδυνο.[42]

Τέλος, μπορεί κανείς να συμπεράνει πως αυξημένη ολική χοληστερόλη ή LDL και μειωμένη HDL δύναται να θέσουν την υγεία του ατόμου σε στεφανιαίο κίνδυνο, πολλές φορές, μάλιστα, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να προκαλέσουν το θάνατό του.[10]

Μεταβολικό Σύνδρομο

Τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί μεγάλη σημασία σε ένα σύνολο παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων, το οποίο ορίζεται ως μεταβολικό σύνδρομο ή σύνδρομο X. Στο σύνολο αυτό των μεταβολικών δυσλειτουργιών ανήκουν ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η παχυσαρκία, ειδικότερα κεντρικού τύπου.[3] Η πρωτογενής διαταραχή του μεταβολικού συνδρόμου φαίνεται να είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη ή ινσουλινοαντοχή. Οι επιπτώσεις του μεταβολικού συνδρόμου περιγράφονται από τη λέξη CHAOS, η οποία είναι ακρωνύμιο των αγγλικών λέξεων των ακόλουθων καταστάσεων: Coronary Heart Disease, Hypertension-HyperLipidemia, Adult onset diabetes, Obesity και Stroke. Δεδομένου ότι κάθε μία κατάσταση αυτού του συνδρόμου ξεχωριστά αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, όταν οι μεταβολικές αυτές διαταραχές συνυπάρχουν, ο κίνδυνος πολλαπλασιάζεται.[42]

8. ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η Προαγωγής Υγείας (Health Promotion), αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία, καθώς και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών. Η Προαγωγή Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια, καθώς αυξανόταν το ειδικό βάρος της κλασικής ιατρικής και η πρόληψη περιοριζόνταν κυρίως στην έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων.[10]

Ο πρώτος στόχος της Προαγωγής Υγείας είναι η βελτίωση όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν θετικά την υγεία. Είναι ευρέως γνωστό ότι τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, παρά το ότι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και χειρότερους δείκτες θετικής υγείας, προσφεύγουν σπανιότερα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και λιγότερο συχνά ωφελούνται από την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, δικαιώνοντας έτσι τη ρήση «Το όριο της ιατρικής είναι η φτώχεια». Είναι προφανές ότι η οικονομική κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον, και οι κοινωνικές συνθήκες αφορούν άμεσα την Προαγωγή Υγείας. Η συνεργασία όλων των φορέων που ασχολούνται με τα ζητήματα αυτά και όχι μόνον των υπηρεσιών Υγείας είναι απαραίτητη. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας, η Προαγωγή Υγείας συνδυάζει τη νομοθεσία, και τα οικονομικά μέτρα με την επικοινωνία και την εκπαίδευση. Για την επιτυχία των στόχων της επιβάλλεται η ενασχόληση όχι μόνον των γιατρών αλλά και των εκπαιδευτικών, των κοινωνιολόγων καθώς και των περιβαλλοντολόγων.

Ο δεύτερος στόχος της Προαγωγής Υγείας, που αφορά την διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που επιδρούν θετικά στην υγεία των ατόμων, είναι το αντικείμενο που ασχολείται η Αγωγή Υγείας σαν συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα που απέχει πολύ από την απλή και συνήθως αποσπασματική «ενημέρωση» σε θέματα υγείας. Η συμμετοχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην πρόκληση διαφόρων νοσημάτων δίνει πολλές δυνατότητες για βελτίωση της υγείας με την τροποποίηση της. Το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, το άγχος, η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου που μπορούν με αλλαγή συμπεριφοράς να συνεισφέρουν σημαντικά στην μείωση της νοσηρότητας. Η Αγωγή Υγείας δεν προσπαθεί να επιβάλει συμπεριφορές αλλά να δώσει τη δυνατότητα στους πολίτες να αποφασίσουν ελεύθερα προσφέροντας όλη την απαραίτητη γνώση και επιστημονική τεκμηρίωση. Μέσω της Αγωγής Υγείας μπορεί να κατακτηθεί τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο η «Παιδεία Υγείας» (Health literacy). Η σημερινή έννοια του όρου η Αγωγή Υγείας δεν είναι η απλή παράθεση γεγονότων για την κάλυψη ενός κενού, αλλά η παρουσίαση των γεγονότων κατά τρόπο που να αλλάζει τις πεποιθήσεις των ατόμων.[9,10]

Η ολοκληρωμένη έννοια του όρου «Αγωγή Υγείας» περιλαμβάνει τις εξής διαδικασίες:

- Αλλαγή στις πεποιθήσεις και στις αξίες
- Αλλαγή της στάσης
- Αλλαγή της συμπεριφοράς [11,12]

Η Αγωγή Υγείας μπορεί να συμπληρώνεται και από άλλα στρατηγικά μέτρα πρόληψης (π.χ νομοθεσία), σχεδιασμένα να περιορίσουν τη δυνατότητα του ατόμου να συνεχίσει μια ανθυγιεινή συμπεριφορά. Τα μέτρα αυτά είναι αποτέλεσμα κεντρικών πολιτικών αποφάσεων, αποσκοπούν στην προστασία της υγείας και μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

1. αναγκαστικά μέτρα,
2. περιορισμός των επιλογών,
3. έλεγχος του περιβάλλοντος

Τα μέτρα αυτά από πλευράς επιπέδου πρόληψης εντάσσονται στην πρωτογενή πρόληψη. [15]

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθούν οι φορείς της Αγωγής Υγείας, οι οποίοι διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: το σχολείο, την οικογένεια και το «παράλληλο σχολείο», ή αλλιώς την κοινωνία. Ωστόσο, ως φορέας της αγωγής μπορεί να χαρακτηριστεί οποιοδήποτε άτομο είναι σε θέση να προάγει καλύτερες στάσεις, συμπεριφορές και αξίες, με σκοπό την ομαλότερη κοινωνικοποίηση του ανθρώπου.

9. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Στην προληπτική ιατρική οφείλεται η μεγαλύτερη επιτυχία της πρωτογενούς πρόληψης που είναι η καταπολέμηση σοβαρών λοιμωδών νόσων με την χρήση εμβολιασμών. Η γενικευμένη μάλιστα χρήση των εμβολίων έχει οδηγήσει στην πλήρη εξάλειψη σοβαρών νοσημάτων όπως η ευλογιά. Η προληπτική ιατρική ενασχολείται βέβαια και με την έγκαιρη - πρόωπη διάγνωση (δευτερογενή πρόληψη) που αποσκοπεί στη καλύτερη θεραπεία και έκβαση νοσημάτων τα οποία δεν έχουν ακόμη εκδηλωθεί κλινικά. Σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης, οι εξετάσεις προ-κλινικού ελέγχου είναι ιδιαίτερα σημαντικές γιατί μπορεί να επιμηκύνουν το χρόνο επιβίωσης, να μειώσουν τις επιπλοκές και συχνά να αυξήσουν την πιθανότητα πλήρους ίασης. Εξετάσεις αυτού του είδους είναι η μαστογραφία, το τεστ κατά Παπανικολάου και η κολonosκόπηση για την έγκαιρη διάγνωση καρκίνου του μαστού, της μήτρας και του παχέος εντέρου αντίστοιχα.[10]

Πριν από μερικά χρόνια η έννοια του πολυφασικού προσυμπτωματικού ελέγχου (τσεκ-απ) ήταν ασαφής και λίγοι ήταν εκείνοι που ένιωθαν την ανάγκη προληπτικού ελέγχου της υγείας τους για την αξιολόγηση των λειτουργιών επιμέρους συστημάτων του οργανισμού τους. Η προληπτική εξέταση της υγείας, χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένο ενόχλημα, θεωρείτο υπερβολή και προνόμιο ίσως των λίγων.[11] Η αναγκαιότητα όμως συστηματικού προληπτικού ελέγχου της υγείας στηρίζεται σε αναμφισβήτητα επιστημονικά δεδομένα και είχε από χρόνια αναγνωρισθεί στην Αμερική αλλά και την Ευρώπη.[14] Σήμερα τα νοσήματα του «πολιτισμού» και της «κοινωνίας της αφθονίας» (καρδιαγγειακά, καρκίνος, ατυχήματα, αυτοκτονίες), που αποτελούν την κύρια απειλή για την υγεία έχοντας αντικαταστήσει τα λοιμώδη νοσήματα, μπορούν να μειωθούν σημαντικά με την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης.[15]

Οι Έλληνες χάνουν τουλάχιστον δέκα χρόνια από τη ζωής τους για τους εξής λόγους: καπνίζουν πολύ, τρέφονται άσχημα, είναι υπέρβαροι, οδηγούν απρόσεκτα, ασκούνται λίγο, αγχώνονται πολύ, κοιμούνται άσχημα και δεν κάνουν σε μεγάλο ποσοστό τις στοιχειώδεις προληπτικές εξετάσεις.[6]

Ένας στους τρεις Έλληνες δεν έχει μετρήσει ποτέ γλυκόζη ή χοληστερίνη. Οι μισές περίπου γυναίκες δεν κάνουν εξέταση μαστού και μαστογραφία. Οι άντρες σε ποσοστό άνω του 75% δεν ελέγχουν τον προστάτη.[7] Ο πιο βασικός λόγος είναι ότι δεν έχουμε μάθει να έχουμε σωστή σχέση με το σώμα μας και δεν έχουμε συνειδητοποιήσει το γεγονός ότι η ευθύνη για την υγεία μας είναι πάνω απ' όλα δική μας ευθύνη. Μόνο έτσι θα προκύψουν και οι σωστές συμπεριφορές υγείας και θα αναπτυχθεί ο τομέας της Πρόληψης, που σε τελευταία ανάλυση αντανακλά τη γενικότερη παιδεία κάθε πληθυσμού. Είναι με άλλα λόγια θέμα ανάπτυξης και πολιτισμού μιας κοινωνίας. Γι' αυτό και ήταν σημαντική προτεραιότητα στην

ακμάζουσα αρχαία Ελλάδα, γι' αυτό και υιοθετείται κυρίως από τις πιο ανεπτυγμένες χώρες της υφηλίου.[8]

Στους στόχους της προληπτικής Ιατρικής είναι η έρευνα για την αναγνώριση νέων παραγόντων κινδύνου για σοβαρά νοσήματα που μπορεί να σχετίζονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής.[9] Ο καθημερινός «βομβαρδισμός» ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου από ποικίλης φύσεως ακτινοβολία που εκπέμπεται από τα κινητά τηλέφωνα, τις κεραίες, τους πυλώνες υψηλής τάσης αλλά και όλων των οικιακών ηλεκτρικών συσκευών, θα πρέπει να διερευνηθεί άμεσα και σε βάθος. Δεν θα πρέπει να ξεχαστεί ότι οι κίνδυνοι από τη χρήση του καπνού διαπιστώθηκαν πολύ καθυστερημένα.[16,17] Η ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας έδωσε ώθηση κυρίως την θεραπευτική ιατρική και στην πρόληψη διάγνωση. Παράλληλα οι εξελίξεις στην επιστήμη της επιδημιολογίας και η ανάπτυξη δικτύων συλλογής και αξιολόγησης πληροφοριών ανοίγουν νέους ορίζοντες στην πρόληψη.[14]

- Στάδια για την επιλογή και εφαρμογή μέτρων πρόληψης

Για την επιλογή και εφαρμογή προληπτικών μέτρων για κάποιο συγκεκριμένο νόσημα απαιτείται μια σειρά διαδικασιών και μελετών ποικίλης μορφής, που μπορούν να συνοψιστούν σε τέσσερα στάδια:[13]

a. Αιτιολογικοί παράγοντες – Φυσική ιστορία της νόσου

Για την πρόληψη μιας νόσου είναι απαραίτητη η γνώση της αιτιολογίας και της φυσικής ιστορίας της νόσου. Αυτό απαιτεί επιδημιολογικές και εργαστηριακές ή πειραματικές έρευνες που είναι ιδιαίτερα δύσκολες ιδίως για πολυπαραγοντικές νόσους.

b. Ανάπτυξη μεθόδων για την εφαρμογή των ερευνητικών δεδομένων

Αυτό το στάδιο απαιτεί συνήθως την συμμετοχή άλλων επιστημών όπως χημεία, βιολογία, μηχανική και πολλές φορές βασική έρευνα. Για παράδειγμα, από την ανακάλυψη κάποιου αιτιολογικού παράγοντα έως την ανάπτυξη εργαστηριακής εξέτασης για την διάγνωση απαιτείται αρκετή έρευνα και μπορεί να μεσολαβήσει μεγάλο χρονικό διάστημα.

c. Σχεδιασμός και εφαρμογή νόμων

Το στάδιο αυτό απαιτεί περισσότερο χρόνο και γίνεται συνήθως με βραδύ ρυθμό γιατί χρειάζονται κοινωνικές αλλαγές, εξεύρεση πόρων, αλλαγή νοοτροπίας ατόμων (π.χ φθορίωση ύδατος, διακοπή καπνίσματος, ζώνες ασφαλείας). Αυτό είναι θέμα πολιτικής επιλογής και κυβερνητικής αρμοδιότητας.

d. Εισαγωγή του «προγράμματος» - Η πρόληψη στην πράξη

Το στάδιο αυτό βρίσκεται στα χέρια επαγγελματιών υγείας (ιατρών, διοικητικών, μηχανικών και άλλων αρμόδιων φορέων) που καλούνται να εφαρμόσουν και να αναπτύξουν τα προληπτικά προγράμματα στον πληθυσμό. Σε αντίθεση με την πρόληψη, η «θεραπεία» γίνεται συνήθως στα νοσοκομεία, τις κλινικές, ιατρεία, χειρουργεία ή και στο σπίτι του ασθενούς, κυρίως από γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό ή άλλα άτομα του ιατρικού χώρου.

Για την «πρόληψη» όμως είναι δύσκολο να περιγράψει κανείς με ακρίβεια το εύρος των αρμοδιοτήτων, δραστηριοτήτων και τους φορείς που υπεισέρχονται στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων. Για την αποτελεσματική εφαρμογή προληπτικών μέτρων είναι απαραίτητη η συνεργασία του επιστημονικού, διοικητικού και κοινωνικού χώρου. Όσο μεγαλύτερη και στενότερη είναι αυτή η συνεργασία, τόσο αποτελεσματικότερα είναι τα προληπτικά μέτρα.[9]

- Η σημασία της πρόληψης

Η υπεροχή της πρόληψης σε σχέση με την θεραπεία θεωρείται δεδομένη. Η πρόληψη υπερέχει από τη θεραπεία γιατί: α) η υγεία είναι προϋπόθεση για παραγωγική δραστηριότητα, β) αφορά την πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού, γ) η νόσος αυτή καθαυτή θεωρείται πηγή δυστυχίας, δ) έχει σε μακροχρόνια προοπτική οικονομικά πλεονεκτήματα.[18]

Παγκοσμίως και σε πληθυσμιακό επίπεδο κάθε φορά που σημειώθηκε θεαματική πτώση της θνησιμότητας ήταν αποτέλεσμα της εφαρμογής κυρίως προληπτικών και όχι θεραπευτικών μέτρων π.χ (εξυγίανση του περιβάλλοντος, βελτίωση διατροφής, εμβόλια). Σε ατομική όμως βάση είναι δύσκολη η αξιολόγηση της πρόληψης γιατί πολλά άτομα γνωρίζουν «ότι ασθένησαν και θεραπεύτηκαν» αλλά λίγοι συνειδητοποιούν ότι «επρόκειτο να αρρωστήσουν αλλά δεν αρρώστησαν».[16]

Πρόληψη εφαρμόζεται σήμερα με επιτυχία στα περισσότερα λοιμώδη νοσήματα ενώ υπολείπεται στα κατ' εξοχήν θανατηφόρα μη μεταδιδόμενα νοσήματα (κακοήθειες, νεοπλασίες, καρδιαγγειακά, ατυχήματα κ.α). Τα νοσήματα αυτά πολλές φορές αντιμετωπίζονται στωικά με την σκέψη ότι δεν είναι προληπτά. Εν τούτοις υπάρχουν δεδομένα (πειραματικά και επιδημιολογικά) που φαίνεται ότι η συχνότητα των νόσων αυτών είναι διαφορετική μεταξύ πληθυσμών, κοινωνικών ομάδων, επαγγελματικών ομάδων κ.α. που έχουν ίδιο γενετικό υλικό αλλά εκτίθενται σε διαφορετικούς «περιβαλλοντικούς» παράγοντες π.χ (μελέτες σε μετανάστες).[19] Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι με κατάλληλες στρατηγικές τα νοσήματα αυτά είναι προληπτά. Με τα σημερινά δεδομένα νοσηρότητας και θνησιμότητας η ανάγκη εντατικοποίησης μέτρων πρόληψης για τα νοσήματα αυτά είναι επιτακτική.[20] Η πρόληψη πολλές φορές δεν είναι αποτελεσματική στα σημερινά κατεξοχήν θανατηφόρα νοσήματα για πολλούς λόγους οι οποίοι μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις κατηγορίες:

α) *Πολυπαραγοντική αιτία της νόσου.* Ορισμένα από τα νοσήματα αυτά είναι «πολυπαραγοντικής αιτιολογίας», έχουν λανθάνουσα περίοδο, υπάρχει πιθανολογική αντίληψη της αιτιότητας και δεν υπάρχει συγκεκριμένος στόχος επικέντρωσης του προληπτικού μέτρου (π.χ. για αρκετούς καρκίνους).

β) *Είναι υπόθεση ατομικής συμπεριφορά κάθε ανθρώπου.* Για την πρόληψη των νόσων αυτών το άτομο πολλές φορές πρέπει να αλλάξει την «συμπεριφορά του» για να αποφύγει τη νόσο

πολλά χρόνια αργότερα. Ο άνθρωπος όμως συνήθως αντιδρά στα προβλήματα του «παρόντος» και όχι του «μέλλοντος».

γ) *Υπάρχει συλλογική ευθύνη (κυβέρνηση-κοινωνία).* Για την αποτελεσματική εφαρμογή μέτρων πρόληψης για τα κατ' εξοχήν θανατηφόρα σήμερα νοσήματα, το κράτος πρέπει να είναι οργανωμένο σε πολλά επίπεδα και να συνεργάζεται με ποικίλους κοινωνικούς φορείς.
[22]

δ) *Η ανεύρεση οικονομικών πόρων* για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων είναι συνήθως προβληματική. Σε διεθνές επίπεδο επικρατεί η συνήθεια τα ποσά που διατίθενται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των νόσων να είναι πολύ μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα που δίνονται για την πρόληψη.[22,23]

10. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τομείς στόχευσης της πρόληψης υγείας, δεδομένου ότι προκαλεί περίπου 1.250.000 θανάτους ετησίως στην Ευρώπη.[37] Αρχικά, η αύξηση των τιμών των τσιγάρων αποτελεί μία στρατηγική πρόληψης, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του φόρου. Ο Townsend υπολογίζει πως μία μέση τιμή €5,5 ανά πακέτο στις χώρες της ΕΕ ή μία αύξηση του φόρου κατά 10% θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντική μείωση της θνητότητας λόγω καπνίσματος. Επίσης, υποστηρίζει πως ιδιαίτερα αποδοτικές είναι και οι στρατηγικές ενημέρωσης από ιατρούς και νοσηλευτές, καθώς και η θεραπεία με νικοτίνη.[39]

Σε επίπεδο πληθυσμού, οι σημαντικότερες πρακτικές για την παύση του καπνίσματος αφορούν τις ενημερωτικές καμπάνιες μέσω ΜΜΕ, οι οποίες στοχεύουν στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς, καθώς και την απαγόρευση διαφήμισης προϊόντων καπνού, η οποία έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική. Παραδειγματικά, η απαγόρευση διαφήμισης στη Νέα Ζηλανδία υπολογίζεται πως έχει μειώσει την αντίστοιχη κατανάλωση κατά 5,5%, ενώ εκτιμάται πως μειώνει την κατανάλωση κατά μέσο όρο περίπου 7%, σημειώνοντας ωστόσο πως η μερική απαγόρευση έχει μικρή ή καθόλου επίδραση, καθώς οι καπνοβιομηχανίες βρίσκουν εναλλακτικά κανάλια προώθησης, εξίσου αποτελεσματικά με τα παραδοσιακά μέσα.[47]

Επιπλέον, διαδεδομένες δράσεις πρόληψης περιλαμβάνουν την ειδική επισήμανση και την επιβολή περιορισμών σε δημόσιους χώρους, οι οποίες μάλιστα συχνά επιφέρουν και σημαντική εξοικονόμηση στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης. Έρευνες έχουν δείξει πως οι προειδοποιητικές ετικέτες στις συσκευασίες τσιγάρων αποτελούν ένα από τα αποτελεσματικότερα μέσα πρόληψης και επικοινωνίας με τους καταναλωτές, ενώ εκτιμάται πως η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους οδηγεί σε μείωση του καπνίσματος από 3,4 έως 6,4%.[43]

Επίσης, σε μερικές χώρες έχει καταγραφεί μείωση των θανάτων από καρδιακές νόσους μετά από την εισαγωγή νομοθεσίας απαγόρευσης του καπνίσματος, ενώ έχει αποδειχθεί πως η αποτελεσματικότερη πρακτική για τον περιορισμό του στους νέους είναι η μείωσή του στους ενήλικες, μέσω μηχανισμών αυξήσεων τιμών και άλλων αντικαπνιστικών πολιτικών. Ωστόσο, ως βέλτιστες πρακτικές πρόληψης του καπνίσματος θεωρούνται οι συνδυασμένες δράσεις όλων των προαναφερθεισών στρατηγικών, οι οποίες μάλιστα υποστηρίζονται και από παράλληλες ενέργειες, όπως είναι οι κυβερνητικές πολιτικές για τη λειτουργία της καπνοβιομηχανίας.[44]

Αλκοόλ

Η κατάχρηση αλκοόλ έχει σημαντικό κοινωνικό κόστος, εκτός των επιπτώσεών της στην υγεία, μειώνοντας τα επίπεδα προσωπικής ασφάλειας και την παραγωγική απασχόληση.[45] Το 2004, 138.000 θάνατοι από αλκοόλ καταγράφηκαν στην ΕΕ, εκ των οποίων οι 7.700 αντιστοιχούσαν σε άτομα εκτός του ίδιου του χρήστη, προκαλώντας απώλειες στο ΑΕΠ των χωρών περίπου 2,3%, κυρίως λόγω μειωμένης παραγωγικότητας. Η κοινωνική διάσταση της κατανάλωσης αλκοόλ αναδεικνύεται και από το γεγονός ότι σε δεδομένο επίπεδο κατανάλωσης, τα άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων έχουν τριπλάσια πιθανότητα να χάσουν τη ζωή τους σε σχέση με άτομα ανώτερων εισοδημάτων.[40]

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι τρεις σημαντικότερες στρατηγικές πρόληψης στο πεδίο αυτό, οι οποίες μάλιστα αντιμετωπίζουν και τις στρεβλώσεις της αγοράς (π.χ. συμμετοχή ανηλίκων στο καταναλωτικό κοινό) είναι η αύξηση των τιμών, οι περιορισμοί στη διαθεσιμότητα και οι διαφημιστικές απαγορεύσεις. Αποδεικνύεται πως η αύξηση των τιμών σχετίζεται με σημαντική μείωση των αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από την κατανάλωση αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της θνητότητας, του κόστους για τα συστήματα υγείας και δικαιοσύνης και της απώλειας παραγωγικότητας. Επίσης, η μείωση της διαθεσιμότητας, μέσω περιορισμού της διάθεσης αλκοόλ κατά δύο μόνο ώρες, μπορεί να μειώσει σημαντικά τον αντίστοιχο κίνδυνο που σχετίζεται με τις επιπτώσεις στην υγεία, τους τραυματισμούς, τα περιστατικά βίας και την εγκληματικότητα.[52,53]

Το ίδιο συμβαίνει και με τις απαγορεύσεις διαφήμισης, καθώς έχει πρόσφατα καταγραφεί πως η προώθηση του αλκοόλ μέσω των κοινωνικών δικτύων (Facebook, Twitter) ενθαρρύνει τους νέους να αρχίσουν το ποτό, καθώς και πως η παρακολούθηση μίας ταινίας με αρκετές σκηνές που περιέχουν αλκοολοποσία μπορεί να διπλασιάσει την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνεται.[46] Γενικότερα, μία καλή πρακτική πρόληψης από την κατάχρηση αλκοόλ αφορά τις συνδυαστικές στρατηγικές σε επίπεδο δημόσιας υγείας, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν διάφορα μέτρα, από τα αλκοτέστ σε οδηγούς μέχρι την εισαγωγή ρυθμίσεων στην αντίστοιχη βιομηχανία, όπως είναι η επιβολή ανώτατων ορίων περιεκτικότητας αλκοόλ στα ποτά.[48]

Διατροφικές συνήθειες – Μεταβολικό Σύνδρομο

Το ζήτημα της διατροφής είναι εξαιρετικά σημαντικό στο πεδίο της πρόληψης υγείας σήμερα, καθώς η ανθυγιεινή διατροφή, ιδίως σε ότι αφορά την υπερβολική κατανάλωση αλατιού, λίπους και τροφίμων χαμηλής θρεπτικής αξίας και την περιορισμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συμβάλει καίρια στην αύξηση του επιπολασμού μίας σειράς χρόνιων μη μεταδοτικών ασθενειών, οι οποίες στον ευρωπαϊκό χώρο επιβάλλουν σημαντικές επιβαρύνσεις στα συστήματα υγείας, την οικονομία και την κοινωνία στο σύνολό της.[49] Τα προηγούμενα χρόνια η πιο διαδεδομένη στρατηγική πρόληψης στο πεδίο αυτό ήταν οι

ενημερωτικές εκστρατείες, οι οποίες ωστόσο σήμερα θεωρούνται πως έχουν περιορισμένες ουσιαστικές επιδράσεις στην ανάληψη υγιεινών διατροφικών συνηθειών.[50]

Σήμερα, ιδιαίτερα διαδεδομένες είναι οι στρατηγικές ενημέρωσης που στοχεύουν στην προώθηση συγκεκριμένων διατροφικών προτύπων, εστιάζοντας στην κατανάλωση τροφών που είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι και κορεσμένα λιπαρά. Επίσης, ιδιαίτερα αποτελεσματικές είναι οι ενημερωτικές εκστρατείες στο χώρο εργασίας, ιδιαίτερα όταν συνοδεύονται από τροποποιήσεις στο χώρο εστίασης των εταιριών, καθώς και τα σχολικά προγράμματα προώθησης υγιεινής διατροφής, τα οποία συνήθως συνδυάζουν σε εθνικό επίπεδο διάφορες δράσεις.[51] Για παράδειγμα, οι Magnus et al (2009) αναφέρουν ως καλή πρακτική την περίπτωση της Αυστραλίας, όπου η υποχρεωτική αύξηση της διαθεσιμότητας φρούτων και λαχανικών στα σχολεία συνδυάζεται με απαγόρευση της τηλεοπτικής διαφήμισης ορισμένων τροφίμων σε συγκεκριμένες ώρες, στοχεύοντας στην αλλαγή ολόκληρης της «αρχιτεκτονικής» των διατροφικών επιλογών.[53]

11. ΠΡΟΛΗΨΗ - ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

Πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων

Αρχικά, η γνώση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως αναφέρθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια, αποτελεί τη βάση, πάνω στην οποία μπορούν να στηριχθούν τα προληπτικά μέτρα που μπορεί κανείς να εφαρμόσει. Η πρόληψη της στεφανιαίας νόσου και άλλων καρδιαγγειακών νόσων εμπεριέχει δυσκολίες, αλλά και παράγοντες που είναι εφικτό να τροποποιηθούν.[54]

Αναλυτικότερα, στο στάδιο της πρωτογενούς πρόληψης, κρίνεται απαραίτητη η αποφυγή, ή έστω, η μείωση του καπνίσματος, καθώς αυτό αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου. Όσον αφορά στο παθητικό κάπνισμα, θα πρέπει να ληφθούν τέτοια μέτρα, ώστε να μην επιβαρύνεται η ατμόσφαιρα των κλειστών χώρων, η οποία συνεπάγεται την επιβάρυνση της υγείας των μη καπνιστών.[55] Επίσης, φρόνιμο είναι να αυξήσει κανείς τη σωματική του δραστηριότητα, καθώς θεωρείται, πλέον, δεδομένο πως η καθιστική ζωή συμβάλλει σημαντικά στη δημιουργία καρδιαγγειακών προβλημάτων.[56] Εξίσου σημαντική, βέβαια, είναι η υιοθέτηση μίας σωστής διατροφής, η οποία θα πρέπει να συνίσταται από μειωμένη πρόσληψη τροφών πλούσιων σε κορεσμένα λίπη και από αυξημένη πρόσληψη ω-3 και ω-6 λιπαρών οξέων, βιταμινών E, C, β-καροτίνης και φυλλικού οξέος. Επιπλέον, στα πλαίσια μιας ισορροπημένης διαίτας, τα φρούτα, τα λαχανικά και τα όσπρια πρέπει να υπερτερούν, σε σχέση με την κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε αλάτι ή ζάχαρη. Άλλωστε, η διατήρηση του σωματικού βάρους σε κανονικά επίπεδα αποτελεί παράγοντα καλής υγείας.[57]

Τέλος, όσον αφορά στο στάδιο της δευτερογενούς πρόληψης, κρίνεται καλό να ελέγχει κανείς την αρτηριακή του πίεση, καθώς και να κάνει αιματολογικές εξετάσεις, ειδικότερα εάν έχει οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακών νοσημάτων στην οικογένειά, του. [35]

Πρόληψη παχυσαρκίας και σακχαρώδους διαβήτη

Αρχικά, πρωταρχικός στόχος του κάθε ενήλικου ατόμου πρέπει να είναι η διατήρηση του βάρους του στο επιθυμητό για το ύψος του, δηλαδή ο ΔΜΣ να μην ξεπερνάει τα 25kg/m². Στην πρόληψη της παχυσαρκίας, σημαντικό ρόλο παίζουν οι διατροφικές συνήθειες και η σωματική δραστηριότητα. Συγκεκριμένα, η Μεσογειακή διαίτα, η οποία αποτελεί ένα ολοκληρωμένο πρότυπο διατροφής, είναι πλούσια σε δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, ελαιόλαδο, γαλακτοκομικά προϊόντα, ψάρια και όσπρια, τα οποία δρουν προστατευτικά ενάντια σε χρόνιες ασθένειες και προσφέρουν τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά, ώστε να μπορεί να διατηρηθεί κανείς σε ένα φυσιολογικό βάρος. Οι τροφές που θα πρέπει να αποφεύγονται είναι, κατά κύριο λόγο, αυτές που είναι πλούσιες σε ζάχαρη ή σε αλάτι, ενώ

καλή θα ήταν η αποφυγή του «γρήγορου φαγητού», λόγω της μεγάλης ποσότητας κορεσμένων λιπών που εμπεριέχει, καθώς και η αποφυγή υπερκατανάλωσης αλκοόλ.[58]

Η σωστή διατροφή, όμως, για να έχει θετικά αποτελέσματα ως προς το επιθυμητό βάρος, πρέπει να συνδυάζεται με, έστω και μέτριας έντασης, σωματική δραστηριότητα, όπως το έντονο περπάτημα ή ο χορός. Γενικότερα, για τη διατήρηση ενός κανονικού βάρους, η πρόσληψη τροφής πρέπει να συνάδει με την κατανάλωση ενέργειας, ώστε να υπάρχει ενεργειακή ισορροπία.

Εν κατακλείδι, ο συνδυασμός της υγιεινής διατροφής με τη σωματική άσκηση, φαίνεται πως δρα προστατευτικά απέναντι στην παχυσαρκία, αλλά κατ' επέκταση, και στον σακχαρώδη διαβήτη, στην υπέρταση, στη δυσλιπιδαιμία και στην αθηροσκλήρωση.[59]

12. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις στο πεδίο της πρόληψης και προαγωγής υγείας, δεδομένων και των πιέσεων που υφίστανται στους προϋπολογισμούς και τις δαπάνες της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του Ινστιτούτου Δεικτών Υγείας, η εκτίμηση για την παγκόσμια επιβάρυνση των μη μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών και εγκεφαλικών παθήσεων, του διαβήτη, του καρκίνου, των χρόνιων πνευμονολογικών παθήσεων, της οσφυαλγίας και της κακής ψυχικής υγείας, υπολογίζεται για τις χώρες της δυτικής, κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης σε ποσοστά της τάξης του 85%, 80% και 75%, αντίστοιχα. Ομοίως, σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας, οι τραυματισμοί, ιδιαίτερα αυτοί που προέρχονται από αυτοκινητικά δυστυχήματα και οι αυτοτραυματισμοί, αντιστοιχούν σε ποσοστά 10%, 11% και 18% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης.[60]

Οι εξελίξεις αυτές της δημόσιας υγείας αναδεικνύονται και στο πλαίσιο της νέας πολιτικής υγείας και της στρατηγικής του ΠΟΥ (Ευρωπαϊκής Περιφέρειας), «Υγεία 2010».[54] Η νέα αυτή στρατηγική επικεντρώνεται στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών, τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, την ισχυροποίηση της δημόσιας υγείας και τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των αντίστοιχων συστημάτων. Ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο της νέας πολιτικής είναι πως η πρόληψη και προαγωγή της υγείας θα πρέπει να προσεγγίζεται ολιστικά, τόσο από την πλευρά της κοινωνίας όσο και από αυτήν του επίσημου κράτους πρόνοιας, τονίζοντας τη σημασία των δράσεων που αναλαμβάνονται πέρα από τα παραδοσιακά όρια των επίσημων συστημάτων υγείας.

Ένα βασικό ερώτημα για τους υπεύθυνους χάραξης της πολιτικής υγείας αφορά το βαθμό στον οποίο οι επενδύσεις που πραγματοποιούνται σε δράσεις προαγωγής και πρόληψης μπορούν να αντιμετωπίσουν ορισμένους από τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου της υγείας. Σε γενικούς όρους, τα διαθέσιμα στοιχεία αποδεικνύουν πως τα προγράμματα προαγωγής και πρόληψης είναι ικανά να περιορίσουν σημαντικά τα

προβλήματα υγείας των ευρωπαϊκών πληθυσμών, μειώνοντας παράλληλα τις δαπάνες της δημόσιας υγείας και το κόστος λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Οι επενδύσεις στα εν λόγω προγράμματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις στο ευρύτερο κόστος της κακής υγείας, το οποίο προέρχεται από τα υψηλά ποσοστά απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας, το φτωχότερο μορφωτικό επίπεδο, τα υψηλά επίπεδα βίας και εγκληματικότητας και την πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω ασθένειας ή αναπηρίας.[61]

Τα τελευταία 20 χρόνια ο όγκος και η ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων πρόληψης έχει αυξηθεί σημαντικά, οδηγώντας την πλειονότητα των χωρών να υιοθετήσουν επίσημες πολιτικές προαγωγής. Μάλιστα, η κακή συμπεριφορά υγείας, λόγω της ανεπάρκειας των πολιτικών πρόληψης, μπορεί να έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις πέρα από το ίδιο το άτομο που την υιοθετεί, όπως για παράδειγμα ισχύει με τη βία που ασκείται σε άλλα μέλη της οικογένειας λόγω κατάχρησης αλκοόλ ή με τους κινδύνους του παθητικού καπνίσματος στους χώρους εργασίας. Βέβαια, η αιτιολογική βάση για την υιοθέτηση των συμπεριφορών αυτών είναι πολυεπίπεδη, καθώς αυτές μπορεί να οφείλονται σε εθισμό, έλλειψη πληροφόρησης, άστοχες πεποιθήσεις για την υγεία ή ακόμα και σε κοινωνικές ανισότητες.

Οι Merkur et al, αναπτύσσοντας ένα πλαίσιο καλών πρακτικών πρόληψης και προαγωγής υγείας για τις χώρες της Ευρώπης, καταγράφουν τους σημαντικότερους τομείς δράσεις για την αντιμετώπιση των κυριότερων κινδύνων της υγείας, συμπεριλαμβανομένων της κατανάλωσης αλκοόλ, του καπνίσματος, της διατροφικής συμπεριφοράς, των προτύπων φυσικής άσκησης, της έκθεσης σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, της κακής ψυχικής υγείας και των κινδύνων τραυματισμών.[62] Μπορεί, λοιπόν, να υποστηριχθεί πως οι καλές πρακτικές που εντοπίζονται στο πεδίο της πρόληψης υγείας σήμερα, κυρίως σε επίπεδο δημόσιας πολιτικής, αφορούν ουσιαστικά τον περιορισμό των κινδύνων αυτών, στοχεύοντας παράλληλα στην ενημέρωση του πληθυσμού για την ανάληψη θετικών για την υγεία ατομικών συμπεριφορών.[63]

Θα πρέπει, επίσης, να σημειωθεί πως ως καλές πρακτικές της πρόληψης υγείας ορίζονται οι δράσεις, δραστηριότητες και παρεμβάσεις που λαμβάνουν συστηματικά υπόψη τις αξίες και τις αρχές της δημόσιας υγείας και υποστηρίζονται από την υπάρχουσα επιστημονική γνώση και από τη γνώση των εμπειρογνομώνων, αποσκοπώντας στη βελτιστοποίηση των θετικών επιπτώσεων της υγείας και στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών.[64] Συνεπώς, οι καλές πρακτικές πρόληψης προσανατολίζονται σε μακροχρόνιο επίπεδο, στοχεύοντας σε αλλαγές των καθοριστών της υγείας, καθώς και σε τροποποιήσεις των προτύπων συμπεριφοράς και των γενικότερων περιβαλλοντικών συνθηκών, λαμβάνοντας υπόψη τις βασικές αξίες της προαγωγής υγείας, με σημαντικότερες την ισότητα, την κοινωνική ευθύνη και την ενδυνάμωση.[65]

13. ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Η ευαισθητοποίηση του υγειονομικού φορέα ΠΕΔΥ (πρώην ΕΟΠΥΥ) για το συγκεκριμένο θέμα ήρθε με την ίδρυση ενός νέου ιατρείου σε πολλά υποκαταστήματά του σε όλη την Ελλάδα. Του Ιατρείου Προληπτικής Ιατρικής Ενηλίκων. Η λειτουργία του ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2009 και συνεχίζεται μέχρι και σήμερα. Στόχος του προγράμματος είναι να ευαισθητοποιήσει τους ασφαλισμένους στον ετήσιο προληπτικό έλεγχο, με σκοπό την ανίχνευση πιθανών νοσημάτων και την άμεση και αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους. Ο προληπτικός έλεγχος του ΠΕΔΥ απευθύνεται σε ασφαλισμένους ηλικίας 40 έως 55 ετών, καθώς αυτό είναι το ηλικιακό εύρος όπου οι προληπτικοί έλεγχοι εμφανίζουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, που δεν έχουν κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα υγείας και που δεν ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Ο προληπτικός έλεγχος περιλαμβάνει:

1. Εργαστηριακές εξετάσεις:

- Γενική αίματος
- Γενική ούρων
- Γλυκόζη ορού
- Ουρία
- Χοληστερίνη
- HDL
- LDL
- Τριγλυκερίδια
- ΤΚΕ
- ΗΚΓ

Για τους άνδρες επιπλέον:

- Έλεγχος προστάτη (PSA)

Για τις γυναίκες επιπλέον:

- Μαστογραφία
- Τεστ Παπανικολάου

Η επιλογή των εργαστηριακών εξετάσεων γίνεται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και το ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου.

2. Κλινική εκτίμηση

Ο γιατρός του Ιδρύματος, βάσει των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, προβαίνει στη κλινική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασφαλισμένου. Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας ο ασφαλισμένος λαμβάνει οδηγίες γιατρού και αντίγραφα των εξετάσεων. Έπειτα, ορίζεται ημερομηνία επανεξέτασής του.

Ακριβής τρόπος λειτουργίας του Ιατρείου

Οι δράσεις του στοχεύουν στη διευκόλυνση πραγματοποίησης των αναγκαίων προληπτικών εξετάσεων από άτομα του γενικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα έπειτα από τηλεφωνική ή άμεση συνεννόηση του ασφαλισμένου με την Επισκέπτρια Υγείας του ιατρείου καθορίζεται το ραντεβού για την διενέργεια προσυμπτωματικού και εργαστηριακού ελέγχου. Κατά την διάρκεια της πρώτης αυτής επίσκεψης δημιουργείται το προσωπικό ηλεκτρονικό αρχείο ή ηλεκτρονικός φάκελος του ασφαλισμένου όπου γίνεται καταγραφή των στοιχείων του καθώς και λήψη του ιατρικού ιστορικού δικού του και οικογενειακού. Έπειτα, γίνεται λήψη σωματομετρικών στοιχείων (βάρος, ύψος, περίμετρος μέσης) όπως και λήψη αρτηριακής πίεσης και διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ΗΚΓ). Γίνεται καταχώρηση των μετρήσεων αυτών στον φάκελό του και εκτυπώνονται τα απαραίτητα παραπεμπτικά για την διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων οι οποίες γίνονται την ίδια μέρα. Μετά από δύο περίπου ημέρες και αφού βγουν τα αποτελέσματα των εξετάσεων του ασφαλισμένου, συγκεντρώνονται από την υπεύθυνη Επισκέπτρια Υγείας του ιατρείου και καταχωρούνται στο ηλεκτρονικό αρχείο του. Ακολουθεί τηλεφωνική επικοινωνία της Επισκέπτριας Υγείας με τον ασφαλισμένο όπου καθορίζεται ένα δεύτερο ραντεβού στην Μονάδα Υγείας με τον γιατρό του προγράμματος αυτήν τη φορά. Στην φάση αυτή γίνεται έλεγχος των παρακλινικών και εργαστηριακών αποτελεσμάτων και κλινική εκτίμηση αυτών. Συμπληρώνεται ο ηλεκτρονικός φάκελος και εκτυπώνονται τα αποτελέσματα τα οποία και δίνονται στον ασφαλισμένο. Αν θεωρηθεί απαραίτητο γίνεται παραπομπή του ασφαλισμένου σε γιατρό ειδικότητας, αν όχι καθορίζεται η ημερομηνία επανελέγχου-επανεξέτασης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

14. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η συλλογή πρωτογενών δεδομένων με στόχο την απάντηση ερωτημάτων και την επαλήθευση ή όχι διαπιστώσεων σχετικών με την πρόληψη της υγείας του πληθυσμού. Επίσης, σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του ποσοστού της ανεπίγνωστης νόσησης καθώς και των νοσολογικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στο συγκεκριμένο ιατρείο. Η βιβλιογραφική επισκόπηση που προηγήθηκε είχε ως σκοπό την καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης αναφορικά με την πρόληψη της υγείας γενικά, τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για τη σωματική υγεία και την πρόληψη ασθενειών.

15. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1653 άτομα ηλικίας 40-55 ετών, άνδρες και γυναίκες που επισκέφτηκαν το ιατρείο της Μ.Υ. Τούμπας την περίοδο 9/2009 έως 10/2013. Η σύσταση του πληθυσμού περιλάμβανε ασφαλισμένους ελληνικής καταγωγής αλλά και αλλοδαπούς που ζουν στον Νομό Θεσσαλονίκης. Βασική προϋπόθεση για την ένταξη του ασφαλισμένου στο πρόγραμμα ήταν η απουσία κάποιου διαγνωσμένου χρόνιου νοσήματος και η απουσία λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε με τη μορφή συνέντευξης. Οι ερωτήσεις κάλυπταν την ηλικία τους, τη καταγωγή τους, το μορφωτικό τους επίπεδο καθώς και την οικογενειακή τους κατάσταση. Ερωτήθηκαν για την κατάσταση της υγείας των γονιών τους όσον αφορά χρόνιες ασθένειες. Επίσης, τέθηκαν ερωτήσεις για το οικογενειακό τους ιστορικό, για το ατομικό τους ιστορικό και τέλος υγιεινοδιαητητικές συνήθειες συμπεριλαμβανομένης της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ και τσιγάρου από τους ίδιους. Επίσης, υπολογίστηκε το ποσοστό της ύπαρξης παχυσαρκίας στον πληθυσμό μας σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Η εκτίμηση της παχυσαρκίας βασίζεται κυρίως στη μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ή Body Mass Index (BMI), όπως είναι γνωστός διεθνώς, σύμφωνα με την οποία άτομα με BMI > 30 θεωρούνται παχύσαρκα. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά περίπου το 1850 και από τότε αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τον εντοπισμό προβλημάτων βάρους. Ο BMI προκύπτει από το πηλίκο του βάρους σε χιλιόγραμμα (kg) προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (m), δηλαδή $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{B}(\text{kg})/\text{Y}^2(\text{m})$. Η κατηγοριοποίηση του σωματικού βάρους ανάλογα με το BMI γίνεται ως εξής :

BMI μέχρι **18,5** ->Λιπόβαρης

BMI από **18,5** έως **25** ->Κανονικό Βάρος

BMI από **25,1** - **30** ->Υπέρβαρος

BMI μεγαλύτερο από **30** ->Παχύσαρκος

Η ισχύουσα κατηγοριοποίησή του δεν διαφέρει για τα δύο φύλα.[55]

16. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Μετά τη διεκπεραίωση των συνεντεύξεων και τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και μεταφέρθηκαν σε ειδικά διαμορφωμένη κοινωνιολογική μήτρα του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα όσον αφορά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται μέσω διαγραμμάτων και βασικών μέτρων περιγραφικής στατιστικής. Τέλος, χρησιμοποιούνται οι στατιστικοί έλεγχοι χ^2 , t-test για ανεξάρτητα δείγματα καθώς και ο συντελεστής συσχέτισης κατά Pearson για την διενέργεια ελέγχων υποθέσεων και συσχετίσεων σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

17. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

- Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής

Ξεκινώντας την παράθεση των περιγραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας αρχικά θα δούμε τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνονται το φύλο, η ηλικία, η χώρα προέλευσης των ατόμων καθώς και η οικογενειακή τους κατάσταση. Στον πίνακα 2, παρατηρείται η κατανομή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του συνολικού δείγματος των 1653 ατόμων ως προς το φύλο. Η πλειοψηφία των ατόμων που λάβανε μέρος στο Ιατρείο ήταν γυναίκες σε ποσοστό 68,2% (n=1127), ενώ οι άνδρες αποτελούσαν το 31,8% (n=526).

Πίνακας 2. : Κατανομή των δύο φύλων του δείγματος και σύγκριση χαρακτηριστικών όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η εθνικότητα.

	Φύλο		Σύνολο - Μ.Ο (%)	p value
	Άντρες	Γυναίκες		
Πλήθος (%)	526 (31.8%)	1127 (68.2%)	1653 (100%)	
Ηλικία Μέσος Όρος (Τυπ. Απόκλιση)	49.27 (4.360)	48.90 (4.247)	49.02 (4.285)	.104
Οικογενειακή Έγγαμος/η (%)	474 (90.1%)	928 (82.3%)	1402 (84.8%)	.000
Άγαμος/η (%)	29 (5.5%)	62 (5.5%)	91 (5.5%)	
Διαζευγμένος/η (%)	21 (4.0%)	104 (9.2%)	125 (7.6%)	
Χήρος/α (%)	2 (0.4%)	29 (2.6%)	31 (1.9%)	
Συζών/ούσα (%)	0 (0.0%)	4 (0.4%)	4 (0.2%)	
Εθνικότητα Έλληνες (%)	510 (97.0%)	1042 (92.5%)	1552 (93.9%)	.000
Αλλοδαποί (%)	16 (3.0%)	85 (7.5%)	101 (6.1%)	

Στο δείγμα παρατηρήθηκαν ηλικίες μεταξύ 40 και 55 ετών με μέσο όρο ηλικίας τα 49.02 έτη και τυπική απόκλιση 4.285. Ο μέσος όρος ηλικίας των αντρών ήταν 49.27 και των

γυναικών 48.90 αντίστοιχα. Χρησιμοποιήθηκε t-test για να διαπιστωθεί η ανεξαρτησία της ηλικίας του δείγματος από το φύλο. Η τιμή $p = 0.104 (> 0.05)$, επιβεβαιώνει το γεγονός ότι το φύλο και η ηλικία του δείγματος είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους.

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή της οικογενειακής κατάστασης ανά φύλο. Το μεγαλύτερο πλήθος του δείγματος ήταν έγγαμοι με ποσοστό 84.8% ($n=1402$), ενώ ακολούθησαν οι διαζευγμένοι με 7.6% ($n=125$). Εξίσου σημαντικό ποσοστό παρουσίασαν οι άγαμοι με 5.5% ($n=91$). Αμελητέα ποσοστά 1.9% και 0.2% παρατηρήθηκαν για τους χήρους/ες και αυτούς που συζούν, αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης χρησιμοποιώντας το chi-square test ($p < 0.05$). Η εξάρτηση εντοπίζεται κυρίως σε δύο κατηγορίες, τους χηρέυσαντες και του διαζευγμένους. Στην κατηγορία χήρος/α οι άντρες εμφάνισαν ποσοστό 0.4% ($n=2$), ενώ οι γυναίκες 2.6% ($n=21$). Ακόμα μεγαλύτερη διαφορά παρουσιάστηκε στην κατηγορία διαζευγμένος/η στην οποία οι άντρες είχαν ποσοστό 4% ($n=29$), ενώ οι γυναίκες 9.2% ($n=104$).

Σχετικά με την εθνικότητα του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε Έλληνες με 93.9% ($n=1552$), ενώ το 6.1% ($n=101$) του δείγματος ήταν αλλοδαποί. Παρόμοια, χρησιμοποιήθηκε το chi-square test για να μελετηθεί η σχέση μεταξύ του φύλου και της εθνικότητας. Παρατηρήθηκε εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, καθώς το ποσοστό των ανδρών αλλοδαπών (3%, $n=16$) που λάβανε μέρος ήταν σημαντικά μικρότερο από το ποσοστό των αλλοδαπών γυναικών (7.5%, $n=85$). Η κατανομή της εθνικότητας ανά φύλο απεικονίζεται στον πίνακα 2.

- Συμπεριφορικοί παράγοντες του πληθυσμού

Αναφορικά με τους συμπεριφορικούς παράγοντες του πληθυσμού μελετήθηκε η καπνισματική συνήθεια και η κατανάλωση αλκοόλ των συμμετεχόντων. Ως όριο για την κατανάλωση αλκοόλ τέθηκαν τα 3 ποτήρια ημερησίως.

Πίνακας 3. : Κατανομή συμπεριφορικών παραγόντων όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ ανά φύλο.

	Φύλο		Μέσος όρος (%)	p-value
	Άντρες	Γυναίκες		
Κάπνισμα				
Καπνιστές (%)	413 (78.5%)	770 (68.3%)	1183 (71.6%)	.000
Μη καπνιστές (%)	113 (21.5%)	357 (31.7%)	470 (28.4%)	
Κατανάλωση αλκοόλ				
Παραπάνω από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	409 (77.8%)	593 (52.6%)	1002 (60.6%)	.000

Λιγότερο από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	117 (22.2%)	534 (47.4%)	651 (39.4%)	
---	-------------	-------------	-------------	--

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, μεγάλο ποσοστό του δείγματος με 71.6% (n=1183) δήλωσαν ότι είναι καπνιστές. Χρησιμοποιώντας το chi-square test διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική εξάρτηση της καπνιστικής συνήθειας από το φύλο. Παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των αντρών καπνιστών (78,5%, n=413) είναι σημαντικά αυξημένο αναλογικά με αυτό των γυναικών (68,3%, n=770). Παράλληλα, το ποσοστό των μη-καπνιστών στις γυναίκες είναι αυξημένο κατά 10% σε σύγκριση με τους άντρες.

Όμοια, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες προσέχουν περισσότερο από τους άντρες και στην περίπτωση της κατανάλωσης αλκοόλ. Συνολικά το 60.6% (n=1002) του δείγματος δήλωσε ότι καταναλώνει περισσότερο από 3 ποτήρια ημερησίως. Το 77.8% (n=409) των αντρών δήλωσε ότι καταναλώνει πάνω από 3 ποτήρια αλκοόλ ημερησίως σε αντίθεση με τις γυναίκες (52.6%, n=593), οι οποίες παρουσίασαν μειωμένο ποσοστό κατά 25% (πίνακα 3).

- Παχυσαρκία

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η κατανομή βάρους, ύψους και του δείκτη BMI ανά φύλο.

Πίνακας 4. : Κατανομή ύψους, βάρους και παχυσαρκίας ανά φύλο.

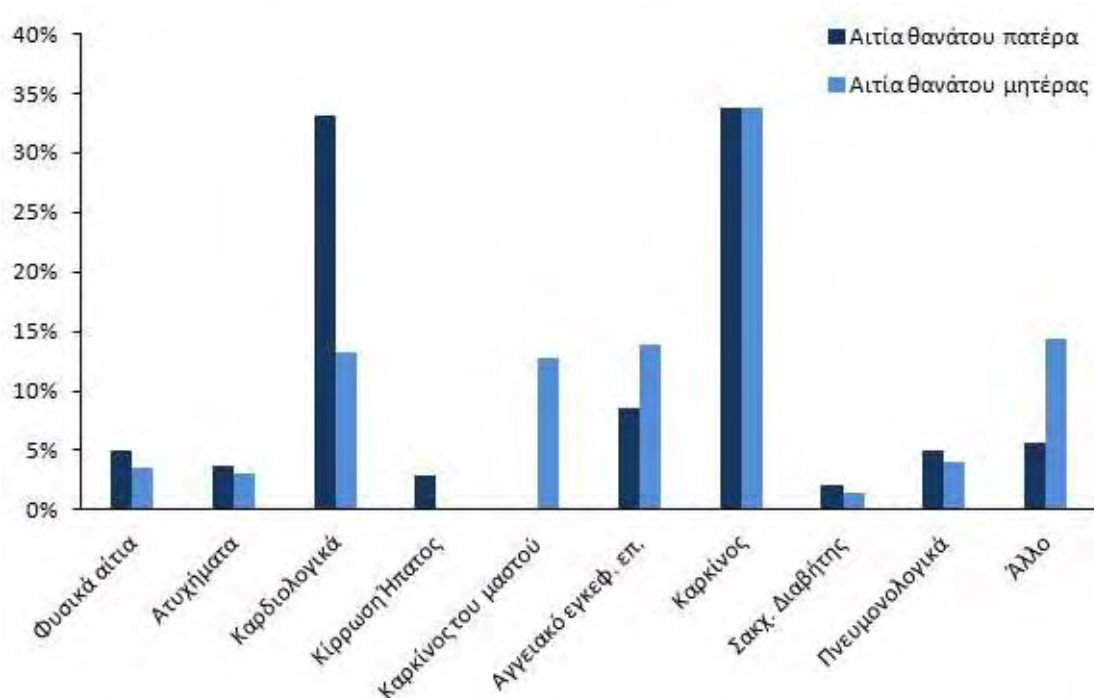
	Φύλο		Μέσος Όρος	p-value
	Άντρες	Γυναίκες		
Βάρος (kg) Μέσος Όρος (Τυπ. απόκλιση)	88.45 (13.645)	69.81 (13.836)	75.74 (16.281)	.000
Ύψος (cm) Μέσος Όρος (Τυπ. απόκλιση)	177.11 (6.819)	162.43 (6.010)	167.10 (9.283)	.000
BMI Μέσος Όρος (Τυπ. απόκλιση)	28.19 (4.02)	26.45 (4.98)	27.00 (4.76)	.000
Παχυσαρκία Παχύσαρκος/η (%) Όχι παχύσαρκος/η (%)	147 (27.9%) 379 (72.1%)	238 (21.1%) 889 (78.9%)	385 (23.3%) 1268 (76.7%)	0.02

Οι άντρες είχαν 88.45kg βάρος κατά μέσο όρο με τυπική απόκλιση 13.645 και 1.77m ύψος κατά μέσο όρο με τυπική απόκλιση 6.819. Οι γυναίκες είχαν 69.81kg βάρος κατά μέσο όρο με τυπική απόκλιση 13.836 και 1.62m ύψος κατά μέσο όρο με τυπική απόκλιση 9.283. Όπως ήταν αναμενόμενο το t-test που διεξήχθη προκειμένου να ελέγξει την ανεξαρτησία των μεταβλητών εντόπισε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ($p=.000$) και στις δύο μεταβλητές. Παρόμοια συσχέτιση παρατηρήθηκε και στον δείκτη BMI με τους άντρες να έχουν 28.19 κατά μέσο όρο και τις γυναίκες 26.45 κατά μέσο όρο (τυπ. απόκλιση 4.98).

Ως όριο για την παχυσαρκία τέθηκε η τιμή 30 στον δείκτη BMI, πάνω από την οποία τα άτομα του δείγματος θεωρούνται παχύσαρκα. Συνολικά το 23.3% ($n=385$) του δείγματος ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 76.7% ($n=1268$) κυμαίνονταν σε φυσιολογικά όρια. Στους άντρες το 27.9% ($n=147$) ήταν παχύσαρκοι, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες ήταν το 21.1% ($n=238$). Με την χρήση του chi-square test διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα ($p=.002<0.05$), καθώς οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά μειωμένο ποσοστό παχυσαρκίας (πίνακας 4).

- Οικογενειακό ιστορικό

Στο διάγραμμα 1 βλέπουμε τις κυριότερες αιτίες θανάτου των γονέων του δείγματος.



Διάγραμμα 1. Κατανομή αιτιών θανάτου γονέων ανά φύλο.

Παρατηρούμε ότι τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες η κύρια αιτία θανάτου είναι ο καρκίνος, σε ποσοστό 35% με τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες στο 15% και στους άνδρες στο 13% περίπου. Επίσης, βλέπουμε ότι κυριότερη αιτία θανάτου στους άνδρες είναι

τα καρδιολογικά νοσήματα σε ποσοστό που ανέρχεται σχεδόν στο 35% σε αντίθεση με τις γυναίκες όπου το ποσοστό αυτό είναι πολύ μικρότερο (14%). Η κυριότερη αιτία θανάτου των μητέρων του δείγματός φαίνεται να είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) σε ποσοστό περίπου 15.

- Συχνότερες ασθένειες στον πληθυσμό του δείγματος

Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η κατανομή συχνότερων παθήσεων από τις οποίες φαίνεται να πάσχουν τα άτομα που πήραν μέρος στο Ιατρείο Προληπτικής Ιατρικής Ενηλίκων.

Πίνακας 5. : Συχνότερες ασθένειες ανά φύλο.

<i>Ασθένειες</i>	<i>Φύλο</i>		<i>Σύνολο - Μ.Ο (%)</i>	<i>p-value</i>
	<i>Άντρες</i>	<i>Γυναίκες</i>		
<i>Χοληστερίνη</i>				
<i>Παθολογική (%)</i>	300 (57.7%)	552 (50.6%)	852 (52.9%)	.008
<i>Φυσιολογική (%)</i>	220 (42.3%)	538 (49.4%)	758 (47.1%)	
<i>Τριγλυκερίδια</i>				
<i>Παθολογική (%)</i>	210 (41.4%)	152 (14.2%)	362 (22.9%)	.000
<i>Φυσιολογική (%)</i>	297 (58.6%)	920 (85.8%)	1217 (77.1%)	
<i>Αρτηριακή Πίεση</i>				
<i>Παθολογική (%)</i>	109 (20.7%)	107 (9.5%)	216 (13.1%)	.000
<i>Φυσιολογική (%)</i>	417 (79.3%)	1020 (90.5%)	1437 (86.9%)	
<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>				
<i>Παθολογική (%)</i>	38 (7.4%)	41 (3.8%)	79 (4.9%)	.002
<i>Φυσιολογική (%)</i>	478 (92.6%)	1048 (96.2%)	1526 (95.1%)	
<i>Θυρεοειδής</i>				
<i>Παθολογική (%)</i>	16 (3.0%)	46 (4.1%)	62 (3.7%)	.475
<i>Φυσιολογική (%)</i>	510 (97.0%)	1077 (95.9%)	1587 (96.3%)	
<i>Προστάτης</i>				
<i>Παθολογική (%)</i>	6 (1.1%)	-	-	-
<i>Φυσιολογική (%)</i>	520 (98.9%)	-	-	
<i>Αναιμία</i>				
<i>Παθολογική (%)</i>	-	241 (22.2%)	-	-

Φυσιολογική (%)	-	843 (77.8%)	-	
-----------------	---	-------------	---	--

- Χοληστερίνη: Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ($p=.008$). Το 57.7% ($n=300$) των αντρών είχε αυξημένα επίπεδα χοληστερίνης, ενώ μειωμένο ποσοστό των γυναικών είχε αυξημένη χοληστερίνη σε ποσοστό 50.6% ($n=552$).
- Τριγλυκερίδια: Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ($p=.000$). Το 41.4% ($n=210$) των αντρών βρέθηκε με αυξημένα τριγλυκερίδια σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες είχαν αυξημένα τριγλυκερίδια μόνο σε ποσοστό 14.2% ($n=152$).
- Αρτηριακή Υπέρταση: Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ($p=.000$). Το 20.7% ($n=109$) των αντρών είχε αρτηριακή υπέρταση σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες είχαν αρτηριακή υπέρταση μόνο σε ποσοστό 9.5% ($n=107$).
- Σακχαρώδης Διαβήτης: Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ($p=.002$). Το 7.4% ($n=38$) των αντρών έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ στις γυναίκες σχεδόν το μισό ποσοστό έπασχε σε ποσοστό 3.8% ($n=41$).
- Θυρεοειδής: Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες ($p=.475$). Το 3.0% ($n=16$) των αντρών έπασχε από θυρεοειδή, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες το 4.1% ($n=46$).
- Προστάτης: Το 1.1% ($n=6$) των αντρών βρέθηκε με το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) $>4 \text{ ng/ml}$.
- Αιμαμία: Το 22.2% ($n=241$) των γυναικών βρέθηκε με $\text{HCT} <36$.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ - ΕΛΕΓΧΟΙ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Στη συνέχεια της διαδικασίας διερευνάται η αλληλεπίδραση και η συσχέτιση των μεταβλητών της έρευνας ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής επιρροής συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε άλλα.

- Επίδραση συμπεριφορικών παραγόντων στην αύξηση της χοληστερίνης

Πίνακας 6. Έλεγχος πιθανής συσχέτισης μεταξύ της αυξημένης χοληστερίνης και άλλων παραγόντων όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ.

<i>Παράγοντες</i>	<i>Χοληστερίνη</i>		<i>Μέσος Όρος (%)</i>	<i>p-value</i>
	<i>Παθολογική</i>	<i>Φυσιολογική</i>		
<i>Παχυσαρκία</i>				
Παχύσαρκος/η (%)	226 (26.5%)	151 (19.9%)	377 (23.4%)	.002
Όχι παχύσαρκος/η (%)	626 (73.5%)	607 (80.1%)	1233 (76.6%)	
<i>Κάπνισμα</i>				
Καπνιστές (%)	607 (71.2%)	545 (71.9%)	1152 (71.6%)	.771
Μη καπνιστές (%)	245 (28.8%)	213 (28.1%)	458 (28.4%)	
<i>Κατανάλωση Αλκοόλ</i>				
Πάνω από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	521 (61.2%)	462 (60.9%)	983 (61.1%)	.934
Λιγότερο από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	331 (38.8%)	296 (39.1%)	627 (38.9%)	

- Παχυσαρκία: Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ανάμεσα σε αυτούς που είχαν χοληστερίνη και σε αυτούς που δεν είχαν ($p=.002$). Το 26.5% ($n=226$) αυτών που είχαν χοληστερίνη ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 73.5% ($n=626$) δεν ήταν. Σε αυτούς που δεν έπασχαν από χοληστερίνη το 19.9% ήταν παχύσαρκοι, το οποίο είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το ποσοστό των παχύσαρκων σε αυτούς που είχαν χοληστερίνη. Κατά συνέπεια υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την αυξημένη χοληστερίνη.
- Κάπνισμα: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που έχουν χοληστερίνη και σε αυτούς που δεν έχουν.

- Κατανάλωση αλκοόλ: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που έχουν χοληστερίνη και σε αυτούς που δεν έχουν.

- Επίδραση συμπεριφορικών παραγόντων στην αύξηση τριγλυκεριδίων

Πίνακας 7. : Έλεγχος πιθανής συσχέτισης μεταξύ των αυξημένων τριγλυκεριδίων και άλλων παραγόντων όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ.

<i>Παράγοντες</i>	<i>Τριγλυκερίδια</i>		<i>Μέσος Όρος (%)</i>	<i>p-value</i>
	<i>Παθολογική</i>	<i>Φυσιολογική</i>		
<i>Παχυσαρκία</i>				
Παχύσαρκος/η (%)	154 (42.5%)	215 (17.7%)	369 (23.4%)	.000
Όχι παχύσαρκος/η (%)	208 (57.5%)	1002 (82.3%)	1210 (76.6%)	
<i>Κάπνισμα</i>				
Καπνιστές (%)	278 (76.8%)	848 (69.7%)	1126 (71.3%)	.009
Μη καπνιστές (%)	84 (23.2%)	369 (30.3%)	453 (28.7%)	
<i>Κατανάλωση Αλκοόλ</i>				
Παραπάνω από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	222 (61.3%)	739 (60.7%)	961 (60.9%)	.837
Λιγότερο από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	140 (38.7%)	478 (39.3%)	618 (39.1%)	

- Παχυσαρκία: Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ανάμεσα σε αυτούς που είχαν αυξημένα τριγλυκερίδια και σε αυτούς που δεν είχαν ($p=.000$). Το 42.5% ($n=154$) αυτών που είχαν αυξημένη ποσότητα τριγλυκεριδίων ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 57.5% ($n=208$) δεν ήταν. Σε αυτούς που οι τιμές των τριγλυκεριδίων ήταν φυσιολογικές, το 17.7% ήταν παχύσαρκοι, το οποίο είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το ποσοστό των παχύσαρκων σε αυτούς που είχαν αυξημένα τριγλυκερίδια. Κατά συνέπεια υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στα αυξημένα ποσοστά τριγλυκεριδίων στο αίμα.
- Κάπνισμα: Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ανάμεσα σε αυτούς που είχαν τριγλυκερίδια και σε αυτούς που δεν είχαν ($p=.009$). Το 76.8% ($n=278$) αυτών που είχαν αυξημένα τριγλυκερίδια κάπνιζαν, ενώ το 23.6% ($n=208$) δεν ήταν καπνιστές. Σε αυτούς που τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων ήταν χαμηλά το 69.7% ($n=848$) ήταν καπνιστές, το οποίο είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το ποσοστό

των καπνιστών σε αυτούς που είχαν αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων. Κατά συνέπεια υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στο κάπνισμα και τα τριγλυκερίδια.

- Κατανάλωση αλκοόλ: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που έχουν αυξημένα τριγλυκερίδια και σε αυτούς που δεν έχουν.

- Επίδραση συμπεριφορικών παραγόντων στην αρτηριακή υπέρταση

Πίνακας 8. Έλεγχος πιθανής συσχέτισης μεταξύ της αρτηριακής υπέρτασης και άλλων παραγόντων όπως η παχυσαρκία, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ.

<i>Παράγοντες</i>	<i>Αρτηριακή Υπέρταση</i>		<i>Μέσος Όρος (%)</i>	<i>p-value</i>
	<i>Παθολογική</i>	<i>Φυσιολογική</i>		
<i>Παχυσαρκία</i>				
Παχύσαρκος/η (%)	93 (43.1%)	292 (20.3%)	385 (23.3%)	.000
Όχι παχύσαρκος/η (%)	123 (56.9%)	1145 (79.7%)	1268 (76.7%)	
<i>Κάπνισμα</i>				
Καπνιστές (%)	160 (74.1%)	1023 (71.2%)	1183 (71.6%)	.381
Μη καπνιστές (%)	56 (25.9%)	414 (28.8%)	470 (28.4%)	
<i>Κατανάλωση Αλκοόλ</i>				
Παραπάνω από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	131 (60.6%)	871 (60.6%)	1002 (60.6%)	.992
Λιγότερο από 3 ποτήρια την ημέρα (%)	85 (39.4%)	566 (39.4%)	651 (39.4%)	

- Παχυσαρκία: Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ανάμεσα σε αυτούς που είχαν αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) και σε αυτούς που δεν είχαν ($p=.000$). Το 43.1% ($n=93$) αυτών που είχαν ΑΥ ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 56.9% ($n=123$) δεν ήταν. Σε αυτούς που η πίεσή τους ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα, το 20.3% ήταν παχύσαρκοι, το οποίο είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το ποσοστό των παχύσαρκων σε αυτούς που είχαν Α.Υ. Κατά συνέπεια υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την αρτηριακή υπέρταση.
- Κάπνισμα: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που έχουν αρτηριακή υπέρταση και σε αυτούς που δεν έχουν.
- Κατανάλωση αλκοόλ: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που έχουν αρτηριακή υπέρταση και σε αυτούς που δεν έχουν.

- Συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και εμφάνισης ασθενειών

Πίνακας 9. Έλεγχος της επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στην παχυσαρκία, στην υπερλιπιδαιμία, στην υπερχοληστερολαιμία και στην αρτηριακή υπέρταση.

<i>Ασθένειες</i>	<i>Οικογενειακή Κατάσταση</i>		<i>Σύνολο - Μ.Ο (%)</i>	<i>p-value</i>
	<i>Έγγαμος/η</i>	<i>Άγαμος/η</i>		
<i>Παχυσαρκία</i>				
Παχύσαρκος/η (%)	333 (23.8%)	52 (20.7%)	385 (23.3%)	.295
Όχι παχύσαρκος/η (%)	1069 (76.2%)	199 (79.3%)	1268 (76.7%)	
<i>Χοληστερίνη</i>				
Παθολογική (%)	724 (53.0%)	128 (52.7%)	852 (52.9%)	.934
Φυσιολογική (%)	643 (47.0%)	115 (47.3%)	758 (47.1%)	
<i>Τριγλυκερίδια</i>				
Παθολογική (%)	307 (22.8%)	55 (23.4%)	362 (22.9%)	.850
Φυσιολογική (%)	1037 (77.2%)	180 (76.6%)	1217 (77.1%)	
<i>Αρτηριακή Υπέρταση</i>				
Παθολογική (%)	184 (13.1%)	32 (12.7%)	216 (13.1%)	.871
Φυσιολογική (%)	1218 (86.9%)	219 (87.3%)	1437 (86.9%)	

- Παχυσαρκία: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που ήταν έγγαμοι και σε αυτούς που ήταν άγαμοι. Άρα η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει σημαντικά την παχυσαρκία.
- Χοληστερίνη: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που ήταν έγγαμοι και σε αυτούς που ήταν άγαμοι. Άρα η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει σημαντικά την αύξηση της χοληστερίνης.
- Τριγλυκερίδια: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που ήταν έγγαμοι και σε αυτούς που ήταν άγαμοι. Άρα η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει σημαντικά την αύξηση των τριγλυκεριδίων.

- Αρτηριακή υπέρταση: δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς που ήταν έγγαμοι και σε αυτούς που ήταν άγαμοι. Άρα η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει σημαντικά την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης.

18. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για την διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δείγμα πληθυσμού 1653 ατόμων που προσήλθαν στο Ιατρείο Προληπτική Ιατρικής Ενηλίκων σε τοπική μονάδα υγείας του ΠΕΔΥ στη Θεσσαλονίκη. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων ανήκει ηλικιακά στη δεκαπενταετία 40-55 ετών με Μέσο Όρο (ΜΟ) ηλικίας τα 49 έτη. Η πλειοψηφία των ατόμων ήταν γυναίκες (N=1127) και λιγότεροι άνδρες (N=526). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι Έλληνες και σε μικρότερο ποσοστό αλλοδαποί. Από την ανάλυση που έγινε μπορεί κανείς να εξάγει τα παρακάτω βασικά συμπεράσματα.

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο δείγμα ατόμων φαίνεται πως οι άνδρες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υπερλιπιδαιμία, υπερχοληστεριναιμία και υπέρταση σε σχέση με τις γυναίκες που εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά σε αυτές τις ασθένειες οι οποίες όμως εμφανίζουν σιδηροπενική αναιμία σε ποσοστό 22%. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν βρεθεί στην μελέτη των Αθηνών η οποία έδειξε ότι η υπερχοληστερολαιμία (ολική χοληστερόλη > 260mg/dl) επιτόλαζε σε ποσοστό 20,1% στους άνδρες και 17,3% στις γυναίκες.

Επίσης, στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι η ολική χοληστερόλη παρουσίαζε μία αύξηση με την ηλικία μέχρι τη δεκαετία των 50 ετών.[39] Νεότερα ελληνικά δεδομένα της μελέτης ασθενών-μαρτύρων CARDIO2000, δείχνουν ότι ο επιπολασμός της υπερχοληστερολαιμίας (ολική χοληστερόλη > 220mg/dl ή ειδική θεραπευτική αγωγή) είναι υψηλότερος τόσο στους άνδρες ασθενείς (59%) όσο και στους μάρτυρες (68%) σε σχέση με τις γυναίκες (27% για τους ασθενείς και 31% για τους μάρτυρες).[1]

Όσον αφορά στην ΑΥ μια άλλη μελέτη που εκτίμησε τον επιπολασμό στην Ελλάδα ήταν η Didima Study. Από αυτήν προέκυψε ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης ήταν 28,4% (30,2% στους άνδρες και 27,1% στις γυναίκες). Μεγάλο ήταν το ποσοστό των υπερτασικών ασθενών που δεν γνώριζαν το πρόβλημά τους σε ποσοστό 39,2% και μόλις το 6,3% του πληθυσμού γνώριζε για το πρόβλημά του.[9] Τέλος, είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η υπέρταση εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες από ότι στο γυναικείο φύλο. Σύμφωνα με στοιχεία της ATTICA Study, το 2002 στην Ελλάδα, περίπου το 36.7% των ανδρών έπασχε από υπέρταση, ενώ στις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 23.7%.[39]

Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ και την καπνισματική συνήθεια, φαίνεται ότι οι άνδρες του δείγματος καπνίζουν αλλά και πίνουν πιο πολύ αλκοόλ από ότι οι γυναίκες. Σε έρευνα που έγινε από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) σε συνεργασία με το Harvard School of Public Health το 2010, έδειξε ότι το 42,9% των ανδρών και το 37,2% των γυναικών δηλώνουν ότι είναι καθημερινοί καπνιστές. Η κατανάλωση στην Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις μεσαίες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και φαίνεται να παρουσιάζει μείωση. Από τη μελέτη των Επτά Χωρών προέκυψε ότι το 30% των ατόμων που συμμετείχαν από την Κέρκυρα και το 22% αυτών από την Κρήτη, ήταν βαρείς καπνιστές, αλλά το 43% και 36% αντίστοιχα ήταν μη καπνιστές. Στη μελέτη των Αθηνών (4097 Αθηναίοι ενήλικες), το 44% των ανδρών και το 17% των γυναικών δήλωναν καπνιστές. Επίσης, βρέθηκε ότι το ποσοστό των καπνιστών ήταν υψηλότερο στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, ενώ παρουσίαζε μείωση σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών. Όσον αφορά στο αλκοόλ σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. η κατανάλωση «σκληρών» αλκοολούχων ποτών στην Ελλάδα φαίνεται να μειώνεται, η κατανάλωση κρασιού να παραμένει περίπου σε σταθερά επίπεδα, ενώ να αυξάνεται εντυπωσιακά η κατανάλωση της μπίρας. Στη μελέτη ΑΤΤΙCA που πραγματοποιήθηκε στην Αττική το 2002, το ποσοστό καθημερινής κατανάλωσης αλκοόλ στους ενήλικες άνδρες έφτανε το 42,5% ενώ στις γυναίκες το 13,6%. Η ανασκόπηση των Prasad Katulada et al (2005-2006) σε πληθυσμό της Σρι Λάνκα, τοποθετεί τα ποσοστά των ανδρών που καταναλώνουν αλκοόλ σε αρκετά αυξημένα επίπεδα σε σχέση με τα ποσοστά των γυναικών (Άνδρες: 48,1%, Γυναίκες :1,2%, $p < 0,0001$).[62] Στην ίδια έρευνα μάλιστα υποστηρίζεται η έντονη συσχέτιση ανάμεσα στην καπνισματική συνήθεια του πληθυσμού και την κατανάλωση αλκοόλ. Τα άτομα που συνεχίζουν την μία συνήθεια, συνεχίζουν και την άλλη και εκείνοι που θα «κόψουν» την μία συνήθεια «κόβουν» και την άλλη υποστηρίζει η έρευνα.[62]

Επίσης, όσον αφορά την ΑΥ και τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα, φαίνεται ότι υπάρχει μία μάλλον θετική σχέση μεταξύ αυτών των ασθενειών και της κατανάλωσης αλκοόλ και τσιγάρου από τον πληθυσμό. Έρευνες έχουν δείξει ότι η κατανάλωση οινόπνευματος σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα HDL-χοληστερόλης σε άνδρες και γυναίκες. Αν και μια σειρά από επιδημιολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι κοινωνικοί πότες έχουν μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης ΣΝ, οι ανεπιθύμητες ενέργειες του οινόπνευματος (ηπατοτοξικότητα, καρδιομυοπάθεια κ.ά.) αποτελούν ισχυρό αντίβαρο για τη μη προτεινόμενη χρήση του ως προστατευτικού μέσου για τη ΣΝ.[55] Το κάπνισμα έχει δοσοεξαρτώμενη αρνητική σχέση με τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης, ακόμη και όταν καταναλώνεται λιγότερο από ένα πακέτο την ημέρα. Η διακοπή του καπνίσματος έχει βρεθεί

να συνδέεται με αύξηση της HDL-χοληστερόλης και μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων.[57]

Οι συχνότερες αιτίες θανάτου των γονέων του δείγματος ήταν κατά κύριο λόγο ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αποτέλεσμα που συμφωνεί με την έρευνα του ΠΟΥ το 2007 για τις κυριότερες αιτίες θανάτου του ελληνικού πληθυσμού οι οποίες, με φθίνουσα σειρά, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήγη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις.[54] Το 2004, το 48% των θανάτων στην Ελλάδα οφειλόταν σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ τα κακοήγη νεοπλάσματα ήταν υπεύθυνα για το 25% των θανάτων, με τις υπόλοιπες αιτίες να ακολουθούν με αρκετά μικρότερα ποσοστά.[46]

Ως προς την εμφάνιση παχυσαρκίας στον πληθυσμό μελέτης, η έρευνα έδειξε ότι οι άντρες σε ποσοστό 27.9% (n=147) ήταν παχύσαρκοι, ενώ αντίστοιχα στις γυναίκες το ποσοστό ήταν 21.1% (n=238). Οι γυναίκες, λοιπόν, εμφάνισαν σημαντικά μειωμένο ποσοστό παχυσαρκίας σε σχέση με τους άνδρες. Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, διεξήγαγε την πρώτη πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη, με σκοπό την ανεύρεση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στην ελληνική επικράτεια. Η έρευνα που έγινε πρόσφατα σε 17.341 ενήλικες έδειξε ότι το 26% των ανδρών και το 18.2% των γυναικών ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 41.1% και το 29.9% αντιστοίχως ήταν υπέρβαροι. Συμπερασματικά, τα ποσοστά εμφάνισης παχυσαρκίας και σωματικού υπέρβαρου στη χώρα μας είναι υψηλά, ειδικά στους άνδρες, στους οποίους δεν μεταβάλλονται ιδιαίτερα μεταξύ των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Αντίθετα, στις γυναίκες τείνουν να αυξάνονται με την ηλικία.[41] Έρευνες στο εξωτερικό, σύμφωνα με τα στοιχεία της NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), την περίοδο 1999-2000, έδειξαν ότι το 65% των ενηλίκων στις ΗΠΑ ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, ενώ τα έτη 1988-1994 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 56%.[58]

Όσον αφορά στην συνύπαρξη παχυσαρκίας και ΑΥ, υπερλιπιδαιμίας και υπερχοληστερολαιμίας, η έρευνα μας έδειξε ότι υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την ύπαρξη των παραγόντων αυτών. Πιο συγκεκριμένα το 26.5% (n=226) αυτών που είχαν χοληστερίνη ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 73.5% (n=626) δεν ήταν. Σε αυτούς που δεν έπασχαν από χοληστερίνη το 19.9% ήταν παχύσαρκοι, το οποίο είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το ποσοστό των παχύσαρκων σε αυτούς που είχαν χοληστερίνη. Το ίδιο ισχύει και με τους άλλους δύο παράγοντες, την υπερλιπιδαιμία και την ΑΥ όπου το 42.5% (n=154) αυτών που είχαν αυξημένη ποσότητα τριγλυκεριδίων ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 57.5% (n=208) δεν ήταν. Σε αυτούς που οι τιμές των τριγλυκεριδίων ήταν φυσιολογικές, το 17.7% ήταν παχύσαρκοι, το οποίο είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το ποσοστό των παχύσαρκων σε αυτούς που είχαν αυξημένα τριγλυκερίδια. Επίσης, το 43.1% (n=93) αυτών που είχαν ΑΥ ήταν παχύσαρκοι, ενώ το 56.9% (n=123) δεν ήταν. Σε αυτούς που η πίεσή τους

ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα, το 20.3% ήταν παχύσαρκοι, το οποίο είναι σημαντικά μειωμένο σε σχέση με το ποσοστό των παχύσαρκων σε αυτούς που είχαν Α.Υ. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και ο M.E Diaz στην έρευνα που δημοσιεύθηκε στην Journal of Human Hypertension το 2002 και αφορούσε πληθυσμό της Ουρουγουάης. Στο δείγμα του λοιπόν, το οποίο αποτελούνταν από 575 ενήλικες, το 28.5% βρέθηκε με ΑΥ και το 74,4% των υπερτασικών βρέθηκε με $\Delta\text{ΜΣ} > 25 \text{ kg/m}^2$. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς που παρουσιάζουν υπέρταση και παχυσαρκία σχεδόν πάντα παρουσιάζουν και άλλους δυσμενείς παράγοντες για καρδιαγγειακά νοσήματα όπως είναι η υπερλιπιδαιμία, η υπερχοληστερολαιμία και τα αυξημένα επίπεδα ολικής χοληστερόλης στο αίμα.[52] Επίσης, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει ότι το 2008 1.5 δισεκατομμύρια ενήλικες ήταν υπέρβαροι με $\Delta\text{ΜΣ} > 25 \text{ kg/m}^2$ και από αυτούς 200 χιλιάδες άνδρες και περίπου 300 χιλιάδες γυναίκες ήταν παχύσαρκοι. Επιπρόσθετα, καταλήγει ο ΠΟΥ, η παχυσαρκία σχετίζεται με χρόνιες ασθένειες που αυξάνουν τον ρυθμό θνητότητας και θνησιμότητας, συμπεριλαμβανομένου την καρδιαγγειακή νόσο, το εγκεφαλικό επεισόδιο, και την υπέρταση.[53]

Τέλος, η έρευνά μας έδειξε ότι οι έγγαμοι είχαν περίπου τα ίδια ποσοστά παχυσαρκίας, υπερλιπιδαιμίας, υπερχοληστερολαιμίας και ΑΥ με τους άγαμους. Φαίνεται λοιπόν, ότι η οικογενειακή κατάσταση του δείγματός μας δεν επηρεάζει την αύξηση αυτών των παραγόντων. Σε αντίθετα συμπεράσματα κατέληξε η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από επιστήμονες της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας και του τμήματος Διατροφής του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης τα τελευταία χρόνια. Η έρευνα μελέτησε τις οικογενειακές συνήθειες των ατόμων και τη σχέση τους με το σωματικό βάρος. Το δείγμα αποτέλεσαν 17.341 Έλληνες, ηλικίας 20 έως 70 ετών. Η μελέτη έδειξε ότι η εμφάνιση παχυσαρκίας είναι δύο φορές υψηλότερη στους έγγαμους άνδρες και στις έγγαμες γυναίκες, σε σύγκριση με τους άγαμους και τις άγαμες.[41] Επιπρόσθετα, η έρευνα των Anderson et al που διεξήχθη σε 22 παντρεμένα ζευγάρια Σκοτσέζων για 12 περίπου μήνες, έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν παχύνει κατά 1,54 κιλά και οι άνδρες κατά 1.63 κιλά. Αντίθετα, οι Rauschenbach et al σε μια έρευνα που διεξήγαγαν για περίπου ένα χρόνο, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο γάμος προσθέτει κιλά μόνο στις γυναίκες και όχι στους άνδρες. Η έρευνα των Craig και Truswell πραγματοποιήθηκε μέσω της παρακολούθησης 60 Αυστραλών ζευγαριών πριν το γάμο και δύο χρόνια μετά από αυτόν. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε την αύξηση βάρους κατά δύο κιλά τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών. Τέλος, η έρευνα του Umberson σε 3.616 άτομα σε βάθος χρόνου 3 ετών, έδειξε ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της αύξησης του $\Delta\text{ΜΣ}$ των συμμετεχόντων ανδρών και γυναικών σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ανύπανδρα ζευγάρια.[66]

19. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας, κρίνεται αναγκαία η παράθεση ορισμένων συστάσεων όσων αφορά την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, μέσω της ενίσχυσης της πρόληψης, δεδομένου ότι είναι μεγίστης σημασίας.

Είναι αναγκαία η διαμόρφωση μιας εθνικής πολιτικής και η δημιουργία ενημερωτικής καμπάνιας σωστά σχεδιασμένης σε θέματα πρόληψης μη μεταδοτικών νοσημάτων, φυσικής δραστηριότητας, μείωσης του καπνίσματος αλλά και γενικότερα των επιπτώσεων των παραγόντων κινδύνου στη ζωή των ατόμων. Η πολιτεία, αλλά και οι επιστημονικοί φορείς οφείλουν να αναδείξουν το πρόβλημα του χαμηλού επιπέδου γνώσεων του πληθυσμού αναφορικά με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, και να δράσουν άμεσα, με στόχο τη μείωση της νοσηρότητας από νοσήματα φθοράς στη χώρα. Καλό θα ήτα λοιπόν:

- Το διευρυνόμενο δίκτυο μονάδων της ΠΦΥ και των Ιατρείων Προληπτικής Ιατρικής να έχει ικανοποιητική προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα σε όλη την επικράτεια και για όλους του πολίτες.
- Να δοθεί έμφαση στην προσφορά ολοκληρωμένων υπηρεσιών ΠΦΥ. Δηλαδή, η ΠΦΥ να αρχίζει από τους υγιείς πολίτες, παρέχοντάς τους υπηρεσίες προληπτικής Ιατρικής και προαγωγής υγείας, να αντιμετωπίζει τις συνήθεις νόσους της κοινότητας, να διασυνδέεται αποτελεσματικά με ανώτερου επιπέδου μονάδες υγείας, να κατευθύνει τους ασθενείς και το περιβάλλον τους και, τέλος, να συνδράμει στη φάση της αποκατάστασης. [10]
- Να παρασχεθούν εργαλεία που θα υποβοηθήσουν τους παραπάνω σκοπούς: δημιουργία ενιαίου συστήματος ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, πρωτόκολλα για τις βασικές ιατρικές πράξεις (προληπτικής ιατρικής/θεραπευτικές), να καλυφθούν οι βασικές ανάγκες σε ανθρώπινους πόρους και εξοπλισμό.
- Να αναπτυχθούν προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική σε συνεργασία με τις ιατρικές σχολές ή τις πλησιέστερες νοσοκομειακές μονάδες. Ακόμη και η εκ περιτροπής μετακίνηση προσωπικού μεταξύ μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομείων για μικρά χρονικά διαστήματα, ώστε η εκπαίδευση να εμπεδώνεται σε επίπεδο κλινικής πρακτικής. [11]

- Να οργανωθούν εκστρατείες ενημέρωσης στους πολίτες ώστε να διευρυνθεί η εμπιστοσύνη προς το σύστημα ΠΦΥ.
- Να δοθεί έμφαση στην αποτελεσματική επικοινωνία και στη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ του ΠΕΔΥ, Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής και των αποκεντρωμένων μονάδων ΠΦΥ.
- Να δημιουργηθούν προϋποθέσεις και να δοθούν κατάλληλα κίνητρα, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να στηρίξουν ενεργά την αποδοτική εφαρμογή των Ιατρείων Προληπτικής Ιατρικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τριχόπουλος Δ, Καλαποθάκη Β, Πετρίδου Ε, Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2000: 32-36
2. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2008, 47:320–333
3. Τούντας Γ Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Αθήνα, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, 2002: 97-104
4. Κομματάς Δ, Παπανότη Β, Γκολφινόπουλος Π, Ανδριώτη Δ. Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2008, 20:80–88
5. Τούντας Γ Η νέα στρατηγική στην προαγωγή υγείας, Αθήνα ΟΔΥΣΣΕΑΣ / ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ, 2000:45-49.
6. Declaration of Alma-Ata. In: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [accessed 31 March 2014].
7. Αδαμόπουλος ΝΠ. Εισαγωγή στην προληπτική ιατρική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1988:23-30.
8. Walt G, Vaughan P. Primary health care: What does it mean? Trop Doct 1982, 12:99–100
9. Panteion University of Social and Political Sciences, Athens. Greece: Health system review. 2010;12(7):1-177, xv-xv
10. Gofrit, O.N., Shemer, J., & Leibovici, D. Quaternary prevention: a new look at an old challenge 2000: 498-500.
11. Τριχόπουλος Δ., Τριχοπούλου Α., Προληπτική Ιατρική, Αγωγή Υγείας-Κοινωνική Ιατρική-Δημόσια Υγιεινή. Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1986:105-107

12. Τζένη Κουρέα Κρεμαστινού, Δημόσια Υγεία, Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές, Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα 2007, 1:307-317
13. Beaglehole R, Magnus P. The search for new risk factors for coronary heart disease: occupational therapy for epidemiologists? *Int J Epidemiol*, 2002, 31(6):17-22
14. Mariolis A, Merkouris B, Lionis C. Introducing general practice in urban Greece: Focus on morbidity profile. *Eur J Gen Pract* 2004, 10:105–106
15. Kaplan R.M & Ong M. Rationale and public health implications of changing CHD risk factor definitions. *Annu Rev Public Health*, 2007 28: 321-44.
16. Tannahill A, Health promotion: the Tannahill model revisited. *Public Health*, 2009,123: 396-99.
17. Starfield B, Hyde J & Gervas., The concept of prevention: a good idea gone astray? *Epidemiol Community Health*, 2008,62: 580-583.
18. Brownson R, Remington P & J Davis, (Eds) *Chronic Disease Epidemiology and control* (2nd Edition). Washington DC: American Public Health Association. 1998
19. Yamall K, Pollak I, Ostbye T. Et al Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health*, 2003, 93: 635-41.
20. Watson M. Going for gold: the health promoting general practice. *Quality in Primary Care*, 2008:177-185.
21. Sim M, & Khong E. Prevention - building on routine clinical practice. 2006, 35:12-15.
22. Pomerleau J & McKee M. *Issues in Public Health*. Milton Keynes: Open University Press. 2012
23. Peckham S & Hann A. General practice and public health: assessing the impact of the new GMS contract. *Critical Public Health*, 2008, 18(3): 347-56.
24. Rothman A. J. Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 2000,19: 64-69.
25. Weinstein N.D, Rothman A.J & Sutton S.R. Stage theories of health behaviour: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 1998, 17: 290-299.
26. Kasl S, & Cobb C. Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior. *Archives of Environmental Health*, 1996 12(2): 246-66.
27. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In: Mays Y.M., Abee G.W., & Schneider S.S. (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological Approaches*, 1989, 1:28-141
28. Schwarzer R. Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model, 1992:217-223

29. Schwarzer R & Fuchs R. Self-efficacy and health behaviors. In: Conner M & Norman P. (eds), *Predicting Health Behaviors*, 1996: 161-195 Buckingham, Grande-Bretagne: Open University Press
30. Keough K.A, Zimbardo P.G & Boyd J.N. Who's smoking, drinking and using drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Social Psychology*, 1999, 21(2): 149-164.
31. Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 1994, 2(4): 72-96.
32. Fulton J, Buechner J, Scott O, Debuono B, Feldman J, Smith R & Kovenock D. A study guided by the health belief model of the predictors of breast cancers screening of women ages 40 and older. *Public Health Report*, 1991, 106(4): 410- 420.
33. Becker M.H. The Health Belief Model and Personal Health Behaviors. 1998:135-140
34. Floyd D.L, Prentice-Dunn S, & Rogers R.W A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 2000, 30(2): 407- 430.
35. Tarlov A.R Public policy frameworks for improving population health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1999, 896: 291-293.
36. World Health Organization (2007). *Achieving health equity: From root causes to fair customers*. Commission on social determinants of health. Interim statement.
37. World Health Organization (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization
38. Etches V, Frank J, Di Ruggiero R, & Manuel D. *Measuring Population Health: A Review of Indicators*. *Annual Review of Public Health*, 2006, 27: 29-55
39. Μπραουδάκης Γ, Ζηλίδης Χ, Μαστρογιαννάκης Α, Αδαμόπουλος Α, Βλαντώνη Δ, Γκούγκλας Δ, & Κακούρος Μ. (2008). *Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
40. Montgomery F.H, Leu M.C, Montgomery R.L, Nelson M.D, & Sirdeshmukh M. Use of a virtual reality driving simulator as an alcohol abuse prevention approach with college students. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 2003, 50(3): 31- 40.
41. Mossialos E, Allin S. Interest groups and health system reform in Greece. *West Eur Polit* 2005, 28:420–444
42. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcare system to be more focused on primary care services? London, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2004
43. Acheson R.M and Hegard S, *Healthy Society needs Medicine*, Blackwell Scientific Publ, Oxford 1984

44. Μπεσμπέας Σ.Σ Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς: Ενημέρωση του κοινού. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα, 2002
45. Αδαμόπουλος Ν.Π Εισαγωγή στην Προληπτική Ιατρική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1988: 120-130
46. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Mariolis-Sapsakos T, Marayiannis K, Papathanasiou M et al. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. *BMC Health Serv Res* 2008, 8:124
47. Safdar N, Abad C. Educational interventions for prevention of healthcare-associated infection 2008, 36(3):933-40
48. 7th Global Conference on Health Promotion
www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/ [accessed April 18, 2014]
49. Promoting public health in the 21st century: the role of WHO. In Kawachi I and Wamala S, eds. *Globalization and health*. New York: Oxford UP. 2008
50. Cole Infection control: worlds apart primary and secondary care *British Journal of Community Nursing* 2007, 12:301, 303–306
51. Busse R, Schlette S, Focus on prevention, health and aging, and health professions. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007
52. World Health Statistics 2008, <http://www.who.int/whosis/en/> [Accessed April 13, 2014]
53. Causes of Death 2008, Geneva, World Health Organization
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf. [Accessed May 13, 2014]
54. Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 World Health Organization.
http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation_201303015/en/ [Accessed May 15, 2014]
55. Mendis S, Johnston SC, Fan W, Oladapo O, Cameron A, Faramawi MF. Cardiovascular risk management and its impact on hypertension control in primary care in low-resource settings: a cluster-randomized trial. *Bull World Health Organization* 2010, 88: 412-9
56. Adams et al. Healthy, Wealthy, and Wise? Tests for Direct Causal Paths Between Health and Socioeconomic Status. *Journal of Econometrics* 2003, 112 (1):3–56.
57. National Cholesterol Education Program. Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II) <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atglance.htm> [Accessed 15 May, 2014]

58. Ward BW, Schiller JS, Goodman RA. Multiple chronic conditions among US adults: a 2012 update. 2014, 11:130-150
59. Centers for Disease Control and Prevention. Death and Mortality. NCHS Fast Stats <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm>. [Accessed May 20, 2014]
60. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Fact Sheet, 2011. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Dept of Health and Human Services, 2011. http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf [Accessed May 20, 2014]
61. Healthy People 2000, National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, 1991
62. McDaid D, Sassi F & Merkur S. Promoting health, preventing disease: the economic case. Maidenhead: Open University Press. 2013
63. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and Public Health: Alcohol Related Disease Impact (ARDI) http://apps.nccd.cdc.gov/DACH_ARDI/Default/Default.aspx. [Accessed May 21, 2014]
64. Centers for Disease Control and Prevention. NCHS Data on Obesity. NCHS Fact Sheet http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/factsheet_obesity.htm. [Accessed May 22, 2014]
65. World Health Organisation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation Geneva, 2002. <http://www.who.int/trs/WHO> [Accessed June 12, 2014]
66. J Obes. The Association between Marital Transitions, Body Mass Index and Weight: A Review of the Literature. Dinour L, Leung MM, Tripicchio G, Khan S, Yeh MC. 2012, 12:294-304.

